



**N**aturaleza del llamado  
"Modelo Médico-Hegemónico"

**B**iblioteca y Centro de Documentación  
Fuentes de Información  
disponibles en Internet

**P**lan nacional de vacunas contra el H.P.V.

**C**on un marco legal  
hacia la promoción de la actividad física

**A**рте y Salud  
La búsqueda enfermiza de la Belleza  
Arte y Locura

en este número

Revista de

# Ciencias de la Salud

Publicación oficial del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud  
Fundación H. A. Barceló

EDICIONES DE LA  
GUADALUPE

ISSN E / T



FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ  
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**No sólo es  
imagen.  
Lo importante  
es la  
estructura  
que la sostiene.**

**SEGAR SEGURIDAD.**  
**La seguridad a SU servicio**



DIRECCIÓN

Hugo Arce

CONSEJO EDITORIAL

Diana Gayol

Leandro Rodríguez Ares

Silvina Tognacca

Elisa Schürmann

Rocío Cabaleiro

DIRECCIÓN EDITORIAL

Iris Uribarri

COORDINACIÓN, ARTE Y DISEÑO

Aldana Accomasso

COMITÉ REVISOR

• EN ARGENTINA

Dr. Carlos Álvarez Bermúdez

Dr. Alejandro Barceló

Lic. Diego Castagnaro

Dr. José Fuentes Oro

Lic. Norma Guezikaraian

Dr. Gerardo Laube

Dr. Víctor Martínez

Lic. Hebe Perrone

Dr. Cándido Roldán

Dr. Ricardo Znaidak

• EN ESTADOS UNIDOS

Dr. Gregorio Koss

Dr. Francisco Tejada

Imagen de tapa



Mural abstracto

Ariel Muñoz

Ubicación: Lezica y Rawson, Almagro (esquina donde se emplazara la casa-taller del artista plástico argentino Antonio Berni, a quien la obra rinde homenaje). Foto: A. E. Schürmann, toma digital, 31 de julio de 2011".

La revista **Ciencias de la Salud** es una producción trimestral de

**EDICIONESDELA  
GUADALUPE**

edicionesdelaguadalupe-11@fibertel.com.ar

# Ciencias de la Salud



**ACTUALIDAD 4**

► **Naturaleza del llamado "Modelo Médico-Hegemónico"**  
Hugo E. Arce



**TRABAJO ORIGINAL 18**

► **Con un marco legal hacia la promoción de la actividad física**  
Lorena Ramírez Cardona.



**BIBLIOTECA 13**

► **Biblioteca y Centro de Documentación**  
Fuentes de Información disponibles en Internet



**ARTE Y SALUD 25**

► **La búsqueda enfermiza de la Belleza**  
Ana Elisa Schürmann  
**Arte y Locura**  
Norma Rodríguez Gesualdi



**FORO 15**

► **Plan nacional de vacunas contra el H.P.V.**  
Angel E. Quartucci

*Y además:*

**Editorial 2**  
Ricardo Znaidak

**End Paper 29**  
Noticias Institucionales

**Reglamento 30**  
de publicaciones

El volumen 2 Nº 2 corresponde a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2011. La responsabilidad por los juicios, opiniones, puntos de vista o traducciones expresados en los artículos publicados pertenece exclusivamente a los autores. Ediciones de la Guadalupe se reserva el derecho de la reproducción total o parcial del material contenido en la revista. Av. Pte. Roque Saenz Peña 2º F (1035) - Telfax: 4328-6328 - E-mail: edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar- ISSN E/T

# HUMANISMO MÉDICO

ESCRIBE

Prof. Dr. Ricardo Znaidak

Hace poco leímos una noticia en la cual se informaba que “según una encuesta de Unicef, miles de bebés prematuros morían sin los padres a su lado”. También escuchamos frecuentemente frases como: “los informes en esta Terapia Intensiva se brindan de 13 a 13:30hs. lo lamento, venga mañana”, o “el Doctor ni siquiera me dio la mano para saludarme”, o “casi no me revisó, me atendió en 5’ y me dio la receta para hacerme una Resonancia” y...cuántas más?.

Haciendo un poco de Historia, allá por el siglo V a.C, Hipócrates en su Cuerpo Hipocrático, escrito entre el 420 y 350 a.C., generó una imagen ideal del médico y la medicina. Esta última era una medicina ética, respetuosa del paciente, de su entorno, de su vida, de sus secretos profesionales, transformándose en una profesión casi de inigualable dignidad. A esta concepción de la medicina, San Lucas le sumó la caridad y la compasión para con el enfermo. Philippe Pinel (1745-1826) logró, como médico, devolver la dignidad al paciente psiquiátrico, desterrando la violencia física y los castigos de los centros psiquiátricos en Francia. Francis Peabody (1881-1927) fue un clínico estadounidense quien fue famoso por su frase “el secreto del cuidado del paciente, consiste en preocuparse por el paciente”. No podemos dejar de nombrar a Pedro Laín Entralgo (1908-2001), quien transformó el paciente en “ser humano”, la relación médico-paciente en una relación interpersonal y, sobre todo, en una relación de ayuda. Siempre decía que las especializaciones provocaban en el paciente una “mutilación antropológica”.

Por supuesto, a lo largo de la Historia, la lista de médicos humanistas resultó más que importante, baste con nombrar a Rudolf Virchow, William Osler, Karl Aschoff, entre otros.

Luego de este brevísimo resumen histórico, cabría pregun-



tarnos: ...si hace más de 2000 años ya existía la preocupación por el ejercicio profesional y el humanismo médico, ¿no se debería haber evolucionado mucho más en dicho sentido que en el avance tecnológico?, ¿por qué hoy, en pleno siglo XXI, estamos preocupados más que nunca por la deshumanización del acto médico? Tal vez la explicación más acertada a dichas cuestiones se encuentre en que en los últimos 60 años algunos, pero no todos, los profesionales médicos, adheridos aún al modelo racional científico y médico hegemónico y despojados de sensibilidad humana, han perdido la imagen humanista que los identificó con el modelo hipocrático durante milenios, para ser considerados como simples técnicos, ávidos de reconocimiento económico y profesional.

La formación humanística de los profesionales médicos, a mi modesto entender, se logra transitando un largo camino: la vida. En sus inicios la responsabilidad pasa por nuestros padres, por la familia y gracias también a nuestros Maestros del nivel inicial. Luego se suma la responsabilidad de nuestros Profesores del nivel Medio de Educación y finalmente, en este caso la más importante, la que nos enseñan, pero fundamentalmente nos transmiten nuestros Maestros en las Escuelas de Medicina, como en nuestra Institución. En esta instancia, se apunta a un modelo humanístico a partir de la concepción del paciente como un ser biopsicosocial, de la relación médico-paciente como un contexto, de la historia clínica centrada en el paciente y por sobre todas las cosas bregando con el ejemplo, todo lo cual permite construir la arquitectura del profesional de la salud sobre cualidades fundamentales como la sabiduría, el respeto, la bondad, la compasión, la solidaridad y la integridad.

El humanismo en la medicina debe ser una forma de vida y para lograrlo debemos realizar una profunda reflexión, tanto individual de los profesionales de la salud, como a nivel social en referencia a la industria farmacéutica, obras sociales, aseguradoras, etc. De manera de lograr que el único interés y objetivo común de todos y cada uno de nosotros, sea el bienestar humano, teniendo en cuenta además que la razón de ser del acto médico no puede ser otro, que el amor al prójimo.

¿De quién depende, sino de nosotros, educadores y profesionales de la salud, llevar adelante esta gesta? ¿Quiénes sino nosotros somos los responsables de cambiar situaciones como las que dieron inicio a la presente editorial?

Finalmente deseo compartir con ustedes unas estrofas del Dr. Antonio Armando Lara, de su poesía: *Ser Médico es Fácil*:

*...Que el fin del balance no pueda acusarte,  
Que tu meta sea siempre un semejante:  
Sin nombre, sin cara, al que te entregaste  
Con toda tu ciencia, tu atención y tu arte.*

*Recibir por pago lo que no soñaste:  
Los ojos llorosos de una pobre madre  
Que rogando al cielo pretende expresarse,  
Y lágrimas sólo tiene para darte.*

*Ya ves mi muchacho, no te me acobardes,  
Vocación ya tienes, completa el bagaje,  
Junta valentía, honradez, coraje,  
Y verás entonces: ser médico... es fácil*

# Naturaleza del llamado “Modelo Médico-Hegemónico”

ESCRIBE

Hugo E. Arce

En 1997 publiqué en la revista *Medicina y Sociedad* (Vol. 20, N° 3, Buenos Aires, 1997: 163-169), un artículo titulado *Acerca del llamado “Modelo Médico-Hegemónico”*. Habiendo transcurrido 13 años de aquella oportunidad, encuentro que el tema sigue teniendo vigencia y que, los que utilizan el término impuesto por la costumbre y ampliamente difundido en la jerga corriente, no reparan en los factores condicionantes y la significación de su contenido. Por este motivo creo apropiado rescatar el tema y reescribir aquellos conceptos, conservando incluso una parte de su bibliografía, con la intención de hacer un aporte a la discusión de los rasgos que no nos satisfacen del actual comportamiento de la atención médica.

Con reiterada frecuencia se emplea la denominación *modelo médico-hegemónico* (MMH) para caracterizar algunos rasgos del desenvolvimiento actual de los servicios de salud; en particular, sus tendencias a privilegiar los aspectos biológicos de las enfermedades, las actitudes reparadoras por encima de las preventivas, el empleo excesivo de innovaciones tecnológicas en desmedro del abordaje clínico y, en suma, un enfoque *deshumanizado* de la atención médica, que tiende a ignorar los aspectos culturales, socio-económicos y psicológicos de la población. El término fue acuñado desde la década del 60 por el antropólogo argentino residente en México, Eduardo Menéndez (1960, 1978, 1979). Esta denominación buscaba llamar la

atención sobre las barreras sociales y culturales existentes entre los médicos y los trabajadores, haciendo hincapié en el predominio de la visión médica en el desempeño de los sistemas de salud.

En primer lugar, este enfoque parece expresar una visión parcial y arbitraria de un observador que trabaja fuera de la práctica cotidiana de los servicios de atención médica, a los que estudia como un fenómeno social que es ajeno a su propia práctica. Desde la perspectiva de un análisis integrador y *holístico* del problema, en realidad se cuestiona la formación y actitud de los médicos dentro de la organización sanitaria, con expectativas de un mayor protagonismo por parte de profesiones tradicionalmente vinculadas al Sector Salud -aunque con

escaso poder decisorio- como antropólogos, sociólogos y psicólogos.

En segundo lugar, es importante y favorable contar con el aporte de esas profesiones, principalmente centradas en el enfoque social, respecto a un campo tan complejo como el asistencial, donde profesionales con formación insuficiente deben afrontar desde la *trinchera* las barreras comunicacionales y socio-económicas, con que deben procurar una intervención positiva en los problemas de la población que acude a consultarlos.

Cabe destacar que desde el propio cuerpo médico se ha utilizado el término, especialmente por parte de los médicos sanitarios, con el fin de contraponer el enfoque epidemiológico colectivo -propio del campo de la Salud Pública- al

enfoque clínico individual, característico de la Medicina asistencial. Conviene conocer el marco *ambiental* que prevalecía en la década del 60, cuando se caracterizó el modelo existente como MMH. El clima de avanzada en la protección de las poblaciones de alto riesgo socioeconómico que se vivía en 1948, año de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se sustentaba en la visión estratégica de que el enfoque *colectivo* de la salud, constituía una instancia superadora del enfoque *individual*. El lema que mejor sintetizaba este cambio de actitud, *Salud Pública*, era una forma de expresar que el abordaje de los problemas de salud, en términos epidemiológicos y de protección de poblaciones vulnerables, era más eficaz que el criterio médico individual, atendiendo caso por caso, sin que este salto cualitativo implicara que el primero sustituyera al segundo. Sin embargo, la consigna de Salud Pública fue enarbolada como una bandera de *cambio*, hasta fines de la década del 60. Las primeras generaciones de sanitaristas y trabajadores sociales se identificaron y cobijaron con este lema transformador (Arce, 2008).

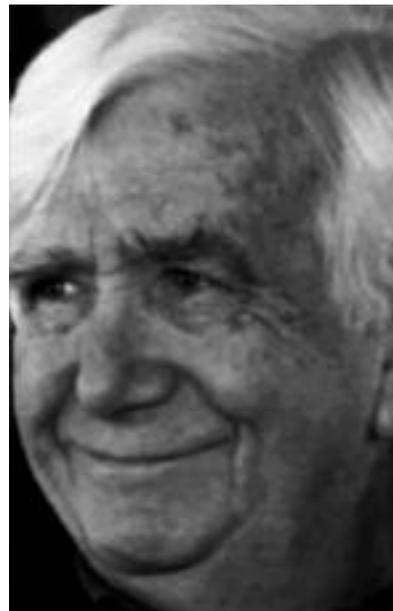
Habiendo transcurrido más de 50 años de aquellas circunstancias, creo conveniente mostrar que, los rasgos del modelo al que se caracteriza como MMH, deberían ser interpretados como *científicos-hegemónicos* ya que, quienes los atribuyen a la hegemonía de los médicos, soslayan los condicionantes conceptuales que llevaron a la actual configuración del modelo. Por otra parte esos observadores, que encaran esta forma particular de la crítica al modelo predominante en el Sector Salud, lo hacen basándose en los supuestos del *modelo científico*, que también se encuentran en la génesis del que están criticando.

#### DIFERENCIACIÓN *FILOGÉNICA* DE LA PROFESIÓN MÉDICA

El primer antecedente de una función socialmente diferenciada, que pueda vincularse a la profesión médica, se ubica en el pasaje del Paleolítico al Neolítico. Las tribus nómades del Paleolítico estaban integradas por grupos de cazadores con objetivos de supervivencia alimentaria en áreas geográficas transitorias, sin que se conozca que hayan existido diferenciaciones funcionales. El asentamiento de estas tribus, para subsistir a través de la agricultura y la ganadería, trajo consigo la diferenciación de funciones sociales. De esta primitiva división del trabajo, surge nítidamente un personaje que cumplía funciones de brujo o curandero, artista y sacerdote. Estas tareas pueden resumirse en una sola función: controlar la naturaleza y los fenómenos desconocidos. El brujo invocaba los espíritus para defenderse de los fenómenos climatológicos, cuidaba a los heridos y enfermos, realizaba pinturas rupestres -para asegurar el éxito en la caza o para memorar escenas de caza ya ocurridas- y ejecutaba en nombre de la tribu las ceremonias religiosas que ocupaban el universo espiritual de aquellas comunidades (Hauser, 1964).

En el siglo XXVII a.C., un médico, sacerdote y arquitecto, Imhotep, fue el consejero principal de Zoser, primer faraón de la 3ª dinastía egipcia. Como arquitecto se le atribuye la pirámide escalonada de Saqqara, cercana a Menfis, que posibilitó la transición de la “antigua” *mastaba* funeraria (de forma oblonga) a la “moderna” *pirámide* monumental.

Como médico se sabe que realizó la primera operación cesárea. Como sacerdote, actuó como consejero del Faraón, procurando volcar en sentido fa-



Eduardo Menéndez, antropólogo argentino

vorable los designios de la compleja constelación de dioses que integraban el macrocosmos egipcio. La amplitud de sus conocimientos fue tan trascendente, que pasó a formar parte de las deidades consagradas por el conjunto de creencias de su mitología (Simonay, 2001).

La presencia de un semidios *especializado* en el conocimiento del hombre y su entorno social y espiritual, se extiende a las tres civilizaciones del Mediterráneo oriental que dieron origen a la cultura occidental. En efecto, el médico-arquitecto-sacerdote Imhotep de los egipcios, fue interpretado por los griegos como Asclepios, hijo de Apolo y Corónide, que aprendió del centauro Quirón<sup>1</sup> las técnicas de la curación. En cambio, los primitivos romanos lo denominaron Esculapio (Graves, 1998). El culto a Asclepios, entendido como la búsqueda de equilibrio del hombre consigo mismo, con la naturaleza y con los dioses, fue tan importante en la Antigua Grecia, que alrededor de sus templos -dedicados primordialmente a ba-

1- Conviene recordar que la revista argentina -especializada en Historia de la Medicina y Bioética- más difundida, se llamaba precisamente *Quirón*, y era editada por la Fundación Mainetti de La Plata.

ños termales- surgieron diversas Escuelas de Medicina. En uno de los templos de los *asclepiades* -que constituían una especie de corriente sanitaria-, el de la isla de Kos en el siglo V a.C., surgió Hipócrates, el padre de la Medicina Occidental (Pérgola-Okner, 1986: 42-55). Por su parte Esculapio, padre de la antigua Medicina romana -ya mencionado por el propio Eneas, fundador griego de la estirpe romana-, también en la categoría mitológica de los semidioses, transmitió sus conocimientos de las ciencias, el arte y la religión. Asimismo, tuvo una descendencia trascendente, sus dos hijas Hygeia y Panacea, que sim-

rá que el simbolismo de la conducta del samaritano era el de la solidaridad, más que el de la curación en sentido técnico, ya que en esos inhóspitos parajes cualquiera que tuviera limitaciones para desplazarse por sus propios medios, estaba irremediablemente condenado a morir. La denominación de *samaritano* adquirió un carácter tan emblemático, que fue empleada en estos tiempos como sinónimo de la Enfermería.

Por otra parte, también debe recordarse que la palabra *hospital*, en los orígenes de la lengua española, era un adjetivo que significaba “afable y caritativo con los huéspedes”, correspondiente al

En los ejemplos mencionados puede observarse la vinculación histórica entre las funciones médicas, las artísticas, las sacerdotales y las simplemente solidarias. En síntesis, no tienen otra finalidad que mostrar una misma raíz entre los aspectos científico-naturales de las actividades médicas y sus aspectos artístico-espirituales o humanísticos. Esta identificación entre el observador de la naturaleza, el intérprete de la armonía y la belleza, entre la materia y el espíritu o entre lo natural y lo sobrenatural, se mantuvo hasta la Edad Moderna y el nacimiento de las ciencias positivas. Pensemos en el *médico-filó-*



Meditrine, Hygeia y Panacea

bolizaron las dos vertientes principales de la Medicina de aquellos tiempos: la higiene y los medicamentos naturales. En los textos evangélicos, el antecedente de la conducta curativa -en el sentido de *cuidado* (*curare* = cuidar)- puede encontrarse en la parábola del buen samaritano del Nuevo Testamento, es decir una actitud solidaria y *hospitalaria* con el desvalido. Quien haya visto el lugar donde se supone que ocurrió el episodio de la parábola -un lugar absolutamente desértico en la margen occidental del Mar Muerto-, comprende-

stantivo *hospicio*. Al respecto, vale la pena señalar que la Orden de los Hermanos Hospitalarios surgida en Jerusalén junto al Santo Sepulcro, no era más que una congregación religiosa no eclesiástica, destinada a albergar a peregrinos y menesterosos. Según algunos autores (Charpentier, 1970), existe un vínculo histórico entre los Hermanos Hospitalarios y los Caballeros Templarios, pero éste es sólo un dato curioso. Lo cierto es que los Hermanos Hospitalarios estaban en Jerusalén antes de la Primera Cruzada (Lamb, 1970)<sup>2</sup>.

*sofo-librepensador-artesano* del mundo greco-romano, y en el *médico-sacerdote-literato-alquimista* del Medioevo, y encontraremos una unidad profesional en el modelo vigente en esas etapas (Laín E., 1969: 15-69).

El impacto logrado por el desarrollo científico que acompañó al Renacimiento, deslumbró a todos los campos del conocimiento y, por supuesto, también al del conocimiento del ser humano. Este progreso significó, en el ámbito de la Medicina, la creciente profesionalización del médico, junto con un acele-

2- Pese a la similitud del nombre, no están vinculados a la congregación de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, que actualmente administran más de 250 hospitales en todo el mundo, dedicados a patologías de difícil abordaje (infecciosas crónicas, neurológicas, rehabilitación), orden fundada por Juan de Dávila durante la conquista española en América. El hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía pertenece a esa orden (Barousse, 1994)

rado y exponencial crecimiento de la *ciencia médica*. En la práctica, el ímpetu renacentista posibilitó el pasaje de la *actitud teorizadora* respecto del hombre y la naturaleza -que prevaleció hasta ese momento- a la *actitud experimental* de aprender de la realidad misma, que fue la preponderante a partir de entonces.

El cambio tuvo evidentemente el peso de las tendencias históricas. Un personaje controvertido como Paracelso ejemplifica el signo de la época: aportó indudables avances en el campo de la Clínica, manejó con solvencia la Farmacología de esos tiempos e incursionó en las Matemáticas y la Alquimia; incorporó a sus teorías componentes astrológicos y otros contenidos arbitrarios, que irritaron a pensadores contemporáneos, como Erasmo (Paracelso, 1974). Provocó duras polémicas entre seguidores y detractores, así como calificativos equivalentes al actual *charlatanismo*. Observando aquellas opiniones sin apasionamientos, sus escritos parecen hoy más bien un intento de abordaje *holístico*, impregnado de las arbitrariedades cognoscitivas del momento, de las que tampoco estaban exentos los que luego fueron reivindicados como arquetipos de científicos. Sus teorías sobre el efecto benéfico de los medicamentos que exacerbaban los síntomas (*venenos*), fueron luego rescatadas por los homeópatas; pero también los psicoanalistas lo han reivindicado como antecedente del enfoque psico-somático (Pérgola-Okner, 1986: 268). Por consiguiente, en un proceso de deslumbramiento por el nuevo conocimiento de carácter científico, que revolucionaba todos los supuestos del abordaje de la realidad, jalonado por opiniones polares, parece comprensible que la citada *profesionalización* del médico, ocurriera a expensas del resto de los aspectos humanísticos que el que-

hacer médico incluía en sus tradiciones. Precisamente en las circunstancias en que empezaba a gestarse la más profunda transformación de las sociedades y los sistemas políticos: la revolución burguesa. A medida que se avanzaba en el conocimiento biológico, se iba consolidando el modelo de *médico como exponente científico*, con exclusión de las demás funciones sociales inherentes a su actividad.

#### DIFERENCIACIÓN ONTOGÉNICA DEL COMPONENTE CIENTÍFICO DE LA PROFESIÓN MÉDICA

El tránsito desde el esplendor renacentista hasta la consagración definitiva del conocimiento científico, no estuvo exento de contramarchas. Las experiencias acumuladas por los médicos que actuaban en forma independiente -fuera de todo encuadre institucional- corrió el riesgo de la anarquía cognoscitiva, ante los principios de *libertad-igualdad-fraternidad* proclamados por la Revolución Francesa. Otorgaban una súbita legitimidad a las experiencias almacenadas por médicos independientes, que deambulaban por los pueblos sin ningún grado de contralor académico sobre la veracidad de las técnicas que aplicaban. Fue necesario establecer entonces que sólo lograrían el nivel de verdades científicamente aceptadas, aquellas que tuvieran el soporte de las instituciones académicas y las universidades, a riesgo de perder el control del principio de credibilidad de los hechos verificados (Foucault, 1986).

Amparada en la objetividad de los conocimientos empíricos y la comprobación por la observación de los fenómenos naturales, la profesión médica fue incorporando los rasgos de la conducta científica, como componente principal de su desenvolvimiento cotidiano. Todos los aspectos culturales, so-

ciales, psicológicos y -mucho más aun- los espirituales, quedaron condicionados por la exigencia de evidencias empíricas. En verdad, en aquellos tiempos no existía una diferenciación precisa entre lo cultural, lo psicológico o mental y lo espiritual o moral.

Etimológicamente, *moral* proviene del latín *mor-moris*, que significa *costumbre, conducta o proceder*. Hasta principios del Siglo XX, lo *moral o espiritual* era casi sinónimo de lo *mental o psíquico*, y así puede observarse aún en algunas denominaciones jurídicas referentes a patologías psiquiátricas. En realidad, hasta bien entrado el Siglo XIX, las enfermedades mentales y una buena parte de las que hoy consideramos orgánicas, eran interpretadas socialmente como posesiones demoníacas (Boulliat, 1984; Ernst, 1983). Por consiguiente, lo *espiritual* en el sentido de la relación entre el ser humano y el espíritu, o lo *moral* entendido como la relación entre el individuo y las normas éticas de la sociedad, se superponían con lo *mental o psíquico*, comprendido como la función de la personalidad que relaciona al hombre con su medio y con los otros hombres a través de la mente. Siguiendo este razonamiento, si la enfermedad mental se debe a la actuación del demonio, corporizado en un individuo, y este individuo deja parcialmente de ser él mismo para ejercer la voluntad satánica, se comprende que lo ético, lo místico o lo espiritual, quede involucrado en lo psíquico (Veullot Soulié y col., 1974 ; De Asúa, 1995).

A fines del Siglo XIX, el filósofo matemático Augusto Comte estableció el carácter histórico y relativo del conocimiento, la necesidad de interpretar las leyes que rigen el mundo real, a través de la experimentación y la observación de los fenómenos naturales, como condiciones *sine qua non* para admitir su valor de verdad. El advenimiento de las



Médicos de la Antigüedad

llamadas *ciencias positivas* -legitimadas por el propio *positivismo*- y del psicoanálisis en el estudio e interpretación de los fenómenos mentales, permitió despejar distintos campos, elaborando una metodología adecuada para el abordaje de lo psíquico en sentido estricto (Ackernknecht, 1962). No obstante, esta mayor precisión en la determinación de los problemas mentales, fue lograda a expensas de la negación de lo estrictamente espiritual. Lo religioso, como actitud frente al universo, fue interpretado como una conducta emergente de ciertas necesidades psíquicas, provocadas exclusivamente por el medio social y cultural (Freud, 1968).

Indudablemente, el contenido etimológico de estos vocablos está impregnado de las ideas implícitas de quien los utiliza, sin embargo, independientemente de la ubicación ideológica adoptada, admítase que los aspectos espirituales del ser humano exceden las limitaciones del abordaje psicológico, ya sea que este espíritu esté ocupado por la imagen divina, ya sea que represente en la conciencia individual el propio devenir de la historia universal, ya sea que exprese la conciencia genérica del hombre al diferenciarse de la naturaleza, o

que -incluyendo todo esto-, manifieste la *trascendencia* del ser individual proyectado hacia la sociedad, hacia la naturaleza y hacia el universo todo. El abordaje de un campo cognoscitivo de tal amplitud, sólo podría ser abarcado por la madre de las ciencias: la Filosofía.

Tras este proceso de diferenciación epistemológica -esbozado a partir de algunos indicios históricos- quedó allanado el camino para que el comportamiento científico ocupara la casi totalidad del ejercicio médico. Este proceso implicó, en la práctica, el predominio de algunos rasgos inherentes a esta metodología y otros que -quizá por una incorrecta aplicación del criterio científico- pueden considerarse subproductos no deseados. Entre los primeros pueden señalarse los componentes del método inductivo-deductivo, la demostración empírica de los razonamientos teóricos, el concepto de normalidad estadística y el criterio de significación, para demostrar la asociación causal entre dos fenómenos.

Pero, al mismo tiempo, se facilitaron otras conductas que tienen más que ver con rasgos culturales asociados al desarrollo científico o con desvíos *científicos*, que con el método científico

mismo. Fueron mencionados más arriba: la preferencia por los aspectos biológicos del ser humano, el predominio de las actividades reparadoras respecto de las preventivas, el deslumbramiento por el desarrollo tecnológico y la desvalorización de los componentes no biológicos del ejercicio profesional (el vínculo humano, el compromiso con el paciente, los aspectos psicológicos y sociales de las enfermedades).

En el campo de la Medicina, seguramente tuvo una fuerte influencia sobre estas particularidades el conocido *Informe Flexner*, que estableció un hito liminar en los contenidos y la metodología de la Educación Médica (Flexner, 1910). El impacto de aquel informe fue tan amplio, que podría afirmarse que tanto las virtudes como los defectos de los actuales modelos de formación médica derivan de ese punto de partida (Patiño R., 2001). Aunque también esos avances en la consolidación de la capacitación de nuevas generaciones de médicos, arrastraron rasgos culturales que pueden calificarse como una deshumanización del desempeño del médico, dado que se asientan sobre la asimetría del conocimiento para establecer barreras que lo separan del pacien-

te, en vez de acercarlo (Tristram E., 1995). Pero, al mismo tiempo, están respaldados por cierta *soberbia* epistemológica de la Ciencia, que tiende a considerarse a sí misma como la forma más válida y objetiva del conocimiento, aun cuando su supuesta neutralidad valorativa en la selección de los objetos de estudio haya sido cuestionada (Mari, 1996).

En efecto, desde el propio campo de la epistemología se ha criticado la neutralidad del primer paso del método inductivo-deductivo: la formulación de la hipótesis. ¿La hipótesis aparece espontáneamente en el estudio de la naturaleza, o está condicionada por cierta orientación *apriorística* del observador? ¿Cuando selecciona una hipótesis y no otra, no está introduciendo parte de sus propias expectativas en el curso del conocimiento? ¿Qué es lo que garantiza el criterio de verdad de esa hipótesis, que no sea su propia demostración? ¿Pero si existieran otros caminos para formular la hipótesis, quedarían éstos excluidos de alcanzar la categoría de verdad, por el hecho de no haber sido enunciados? (Samaja, 1986).

#### PROBLEMAS ACTUALES DEL MODELO CIENTÍFICO DE LA PROFESIÓN MÉDICA

¿Cómo se expresan actualmente esos conflictos de la profesión médica para abarcar integralmente el problema humano? Una de sus limitaciones se evidencia en su dificultad para establecer los límites de su intervención -apoyada por recursos tecnológicos innovadores- en el manejo de los factores que comprometen el comienzo y el final de la vida. Para encarar las incertidumbres emergentes de transgredir estas fronteras, la Medicina acudió a la creciente ingerencia de la Bioética, como disciplina que permite enlazar los dilemas biológicos con principios sociales, mo-

rales, religiosos y, en consecuencia, con el extenso universo de la Filosofía.

Esas limitaciones derivan asimismo de visiones subyacentes en el ejercicio cotidiano de la atención médica, que eluden admitir a la muerte como el desenlace natural de la vida, y no como el triunfo de la enfermedad, debido a un implícito fracaso de la ciencia. En este terreno de espejismos, la muerte -como destino final e inexorable- resulta incompatible con el concepto de salud. En el campo de las estadísticas, el propio criterio de normalidad ubica a la salud como un punto de equilibrio entre el 0% y el 100% de dos gradientes de sentido inverso: la salud y la enfermedad. Presentada en estos términos la ecuación desemboca necesariamente en que el 100% de enfermedad es equivalente a la muerte. Siguiendo esta línea de razonamientos, la muerte es necesariamente el punto final del predominio de la enfermedad, y la identificación del punto en el que la intervención de la Medicina invade el derecho del paciente a una muerte con dignidad, parece esfumarse.

Del mismo modo, los médicos también tienen dificultades para fijar el momento en que los procedimientos invasivos impiden disponer de una vida digna (De Marco, 2009). La ciencia médica, capaz de avanzar eficazmente en su lucha contra las enfermedades del ser humano, resulta particularmente inerte para determinar el punto de equilibrio, que permita al hombre enfrentar la enfermedad, viviendo -o incluso muriendo- dignamente. Asimismo, tampoco logra definir los límites de su intervención técnica, para posibilitar una procreación digna o admitir la imposibilidad de una gestación *natural* (Klimovsky, 1996-a).

Y, por el lado de la industria biomédica, ¿está el médico científicamente preparado para evaluar críticamente las

innovaciones tecnológicas aportadas por los proveedores de insumos asistenciales? La profesión médica ha demostrado una especial capacidad y dinamismo para incorporar los adelantos tecnológicos de la industria y aplicarlos ingeniosamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Pero no ha exhibido una aptitud equivalente para delimitar y balancear los aspectos favorables y desfavorables de esas innovaciones. Analizada en su comportamiento general, la profesión médica ha evidenciado cierta actitud acrítica respecto a la sobreoferta de novedades tecnológicas (Gherardi, 2006, 2008). Con frecuencia su conducta prescriptiva resulta influida por nuevas ofertas farmacológicas, cuyos beneficios respecto al arsenal terapéutico existente, no han sido suficientemente demostrados. En lo relativo a la *prevención y promoción* de la salud, los médicos no han tenido una actitud favorable, orientándose preferentemente hacia actividades reparadoras y especialidades que utilizan tecnología intensivamente. En este fenómeno han influido factores económicos, pero también las predilecciones de los profesionales. Salvo la Pediatría, y en menor medida la Obstetricia, las especialidades han concentrado su desarrollo en el tratamiento de las enfermedades, antes que en la remoción de los factores que las determinan.

También en el campo de la *prevención y promoción*, el *modelo científico* del médico desechó las acciones que lo acercan más a la población o que tienen mayor impacto social.

Sin embargo, la misma escala valorativa que afecta a los médicos, se encuentra en el seno de la sociedad misma. La Clínica, que constituye el más alto nivel del enfoque médico, es considerada por el común de la gente como una *no especialización*. Para el periodismo y los medios de difusión, el ejercicio asis-

tencial en centros ambulatorios y las acciones preventivas, que logran los resultados sanitarios más eficaces, carecen de interés informativo. Por el contrario, tienen buena prensa las novedades tecnológicas y las intervenciones excepcionales, cuyos beneficios se limitan a muy pocos casos. Entre el personal de salud, las tareas en salas de internación, están más valorizadas que los consultorios externos y, para actividades en centros periféricos, se destina a los profesionales con menor experiencia. Es decir que, al focalizarse alrededor de su desempeño científico en desmedro de los demás componentes de su misión humanística y social, la profesión médica fue perdiendo su capacidad para acceder a una visión abarcadora que, no sólo le permitiera comprender la compleja amplitud del ser humano, sino también alcanzar la conciencia de sus propias limitaciones. Y estas deficiencias no son la consecuencia de la naturaleza específica de la profesión, sino más bien de las limitaciones a su propia naturaleza, que parece haberse impuesto para perfeccionar su desempeño científico. Estos rasgos del comportamiento de la profesión médica, han contribuido al conjunto de crí-

ticas sintetizadas como *deshumanización* de la Medicina.

Desde distintos enfoques se han señalado los abusos de la tecnología, la pérdida del respeto por la dignidad del momento de la muerte (Baliña, 1986: 175-187), la negación o el desconocimiento de los aspectos psicológicos y sociales en el tratamiento de los enfermos, el predominio de la entidad nosológica -la enfermedad- sobre el individuo en las consideraciones del médico acerca del enfermo. La existencia de barreras culturales difícilmente salvables entre el profesional y el enfermo en las poblaciones marginales y más sumergidas, y por supuesto, la mercantilización de la Medicina, han concurrido a acentuar la utilización del término MMH. También desde esos u otros enfoques se vienen proponiendo desde hace varias décadas, soluciones de distinto tipo para enfocar estos problemas: la medicina psicosomática (Laín E., 1969:223-242); la medicina antropológica (Mazzei, 1975); los grupos operativos de profesionales coordinados por un psiquiatra (Balint, 1961); el agregado de psicología, sociología y medicina sanitaria en la formación del médico; el estudio e integración de la medicina popular a

la *oficial*; las soluciones eutanásicas de las agonías finales; el médico de familia, los agentes sanitarios y hasta la misma estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Asimismo han procurado *humanizar* el desempeño médico, las diversas orientaciones existentes dentro del amplio espectro de las llamadas *medicinas alternativas*.

Volvamos ahora a los componentes sacerdotales y artísticos, identificados en los orígenes *filogenéticos* de la actividad médica. Mencionamos un componente *samaritano*, que está presente en la mayor parte de los estudiantes de Medicina, como expresión inmadura o idealizada de ayuda al prójimo. Imagen alimentada además por ciertas representaciones populares, vinculadas al ejercicio corriente: el médico que interrumpe su sueño para asistir lo urgente, que está obligado a atender al enfermo aunque no lo desee, que debe sacrificarse por el bien de los otros, que ayuda aunque sea gratuitamente, que sobrelleva secretamente la carga moral de conocer la gravedad del paciente, etc. Posteriormente, este componente samaritano inicial, madurará positivamente si deviene en una disposición



Medicina Antigua

solidaria, en una actitud comprensiva, en un ejercicio social desinteresado, y en un racional enfoque humano del paciente. Pero deja signos permanentes en la vida profesional: la negación de estos componentes solidarios originales, en una profesión de fuerte contenido vocacional, produce una caída ética mucho más abrupta, que en otras actividades donde este componente no es sustancial.

Sin embargo categorías como *voluntad, fe, dignidad, esperanza o grandeza*, no están incorporadas a la formación del médico para ampliar su comprensión del ser humano y adoptar una actitud adecuada frente a la enfermedad. Categorías que corresponden al plano ético y moral, no entendido como la protección de las *buenas costumbres*, sino como la disposición del médico para *contener*, para *hacerse cargo* del drama del enfermo y de las necesidades sanitarias de la población, más allá de las puertas del consultorio. Por el contrario, se habla frecuentemente de ética en el campo asistencial, para referirse a normas de regulación de la competencia en el ejercicio profesional, o a aquellas cosas que no deben ser conocidas por el público ajeno a la profesión.

Con respecto al carácter artístico de la profesión médica, ha quedado limitado a la mención del *estado del arte*, que en realidad se refiere al avance del conocimiento científico. El imperativo de cuantificar o reglamentar los fenómenos patológicos, se rige por leyes y principios generales, comunes en su enunciación pero infinitamente variables en su aplicación: más allá de esas pautas existe un componente creativo, que representa una parte esencial de la relación médico-paciente. En este sentido, se ha señalado desde el campo académico, una curiosa asociación entre la práctica intuitiva del curandero y los componentes no científicos de las

decisiones médicas, advirtiendo que muchas deducciones y resoluciones, en la actividad cotidiana del médico, no están respaldadas por conocimientos científicos, sino empíricos e intuitivos (Tarnopolsky, 1979). Sin embargo, categorías como *creatividad, sentido común, intuición o inspiración*, son ocultadas por falta de respaldo científico, aunque todos se apoyen en ellas en su práctica cotidiana.

#### CRÍTICA DE LAS PROFESIONES VINCULADAS AL CAMPO DE LA SALUD

**A**dmitamos entonces las críticas al limitado desenvolvimiento de la profesión médica, efectuadas desde su interior. ¿Desde qué posición se formulan las críticas por parte de las demás profesiones? Si lo que se critica es el *biologismo* de los médicos -y admitimos que éste es consecuencia de una conducta *cientificista*, antes que *científica*-, ¿cómo podrán otras profesiones formular esa crítica, si están sustentadas en los mismos supuestos que determinaron las actuales deformaciones del desempeño médico?

Tanto la Psicología, como la Sociología y la Antropología, aunque se ocupan de campos del conocimiento diferentes, se basan en el método científico. El propio psicoanálisis, que ha tenido una fuerte influencia en el desarrollo de la Psicología, y cuya aplicación práctica parece tener muchos elementos subjetivos, también tiene una base metodológica inductivo-deductiva, por lo que su carácter científico ha sido admitido desde la Epistemología (Klimovsky, 1996-b). Si se admite el análisis histórico precedente, las disciplinas antes mencionadas corren los mismos riesgos que la Medicina respecto a focalizar la amplitud de su campo visual en los aspectos de la realidad más accesibles y que más

se adaptan a sus respectivos métodos de abordaje. Se corre el riesgo de analizar el *biologismo* de la Medicina con la óptica del *psicologismo* de la Psicología, el *sociologismo* de la Sociología, el *antropologismo* de la Antropología, e incluso el *sanitarismo* de la Medicina Sanitaria, en tanto todas comparten el riesgo de derivar en desviaciones *cientificistas*.

Desde la órbita de la Medicina Sanitaria, la propia estrategia de APS ha sido enarbolada *contra* la conducta comentada de los médicos, a menudo por parte de sanitaristas que no ejercen actividades asistenciales, atribuyéndoles una culpabilidad que en realidad derivan de los factores analizados. Por definición, la APS es una estrategia de *integración*, orientada a articular todos los recursos de salud, en función de la meta de universalidad del acceso a los servicios de sanitarios. Por el contrario, no puede ser utilizada como un instrumento que enfrente a quienes ejercen en centros de salud ambulatorios, con quienes efectúan atención hospitalaria. El aporte de estas disciplinas tiene, necesariamente, que desembocar en una consolidación del ser humano y de la sociedad, en tanto logren un abordaje *integrado* de sus respectivos objetos de análisis. No puede esperarse que este análisis integral se logre mediante la *sumatoria* de los enfoques parciales de cada disciplina, si todas padecen las mismas limitaciones metodológicas. A lo sumo se incorporarán otros brazos para rodear al objeto, pero seguirán ignorándose partes sustanciales de su composición.

#### CONCLUSIÓN

**L**os aspectos que motivan las críticas al modelo actual de desarrollo de la atención médica se basan en hechos

ciertos, aunque la caracterización de sus causas sea arbitraria. Los rasgos del mal llamado MMH a los que se alude, son resultantes de un extenso proceso de selección, en el que el *modelo científico* prevaleció en desmedro del desarrollo de los componentes humanísticos y sociales de la profesión. Atribuir estas características a aspectos intrínsecos de la profesión médica, implica un análisis superficial del problema e ignora factores condicionantes, que también afectan a las disciplinas que formulan esas críticas. Muchas de las distorsiones valorativas atribuidas a los médicos, for-

man parte de la cultura general y de los medios comunicativos de la sociedad. Si bien el desarrollo exponencial del conocimiento científico ha contribuido categóricamente al desenvolvimiento exitoso de la Medicina en los dos últimos siglos, ha evidenciado serias dificultades para establecer los límites de sus intervenciones en la historia natural de las enfermedades. Al mismo tiempo, ha determinado ciertos rasgos culturales en la orientación de las prioridades de la profesión médica, cuya configuración no es directamente imputable al método científico, pero sí al

abandono de otras formas del conocimiento, inherentes a la comprensión integral de la *condición humana*.

El hecho de que se recurra a la Bioética para establecer los límites que debe tener la Medicina, para emplear sus innovaciones sin alterar el desenvolvimiento de la naturaleza, está habilitando un camino por el que otras modalidades del conocimiento -propias de la reflexión filosófica o de la discusión de los principios- pueden contribuir al enfoque verdaderamente holístico, que requiere el adecuado abordaje de la compleja naturaleza humana. 

## Bibliografía

- Ackernknecht E.: Breve historia de la psiquiatría. EUdeBA, N° 74, Bs As, 1962.
- Arce H.: A 60 años de la creación de la OMS. Comunidad Fundación Barceló, Buenos Aires, agosto 2008: 2-3.
- Balint M.: El médico, su paciente y la enfermedad. Ed. Libros Básicos, Buenos Aires, 1961.
- Balaña L.: Problemas éticos vinculados con la muerte - Problemas éticos vinculados con la muerte, hoy. Ética en Medicina, Fundación A. Roemmers, 2ª edición, Buenos Aires, 1986.
- Barousse A.: Breve historia de la Saga Juandiana en Argentina, Bolivia y Chile. Mimeo, Buenos Aires, 1996.
- Boulliat G.: Los leproso en la sociedad medieval. Rassegna, Bs As, 1984 (II): 39.
- Charpentier L.: El misterio de los Templarios. Ed. Bruquera, Barcelona, 1970.
- De Asúa M.: El demonio y el pecado causaban las enfermedades. Clarín, Buenos Aires, 30-abril-95: 20-21.
- Di Marco L.: Derecho a vivir, derecho a morir. Nación, Sección Enfoques, Bs As, 26-julio-2009: 1 y 4.
- Ernst C.: El exorcismo y la Iglesia Católica en los siglos XVI y XVII. Rassegna, Buenos Aires, 1983 (I): 51.
- Flexner A.: A Report to the Carnegie

- Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin N° 4, 1910.
- Foucault M.: El nacimiento de la clínica. Ed. Siglo XXI, 11ª edición, México, 1986.
- Freud S.: El porvenir de una ilusión. Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968, tomo II: 73-99.
- Gherardi C.: La medicina agoniza ante cada tribunal al que recurre. Clarín, Bs As, 20-junio-2006: 21.
- Gherardi C.: Tecnología y medicina; el coraje de empezar a hablar. Clarín, Bs As, 16-enero-2008: 23.
- Graves R.: Los mitos griegos. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998: tomo 1, 214-219.
- Hauser A.: Historia social de la literatura y el arte. Madrid. Ed. Guadarrama, 1964, 3ª edición, tomo I: 37.
- Klimovsky G.-a: Hoy, repetir humanos es innecesario. Clarín, Buenos Aires, 8-abril-96: 19.
- Klimovsky G.-b: El psicoanálisis, ¿es una ciencia? Clarín, Buenos Aires, 29-septiembre-96, 2ª sección: 14.
- Laín Entraldo P.: El médico y el enfermo. Ed. Guadarrama, Madrid, 1969.
- Lamb H.: Historia de las Cruzadas. Ed. Juventud Argentina, Buenos Aires, tomo I, 1970.
- Mari E.: La ciencia no es neutral. Clarín, Buenos Aires, 13-mayo-96: 15.
- Mazzei E.: La medicina antropológica.

- Medicina Alemana, Vol. XVI, N° 1-2, Bs As, 1975: 12.
- Menéndez E.: Colonialismo, neocolonialismo: racismo. Índice, 1960, 6: 72-93.
- Menéndez E.: El modelo único y la salud de los trabajadores; en Basaglia F. y otros: La salud de los trabajadores. Nueva Imagen, México, 1978.
- Menéndez E.: Cultura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. Nueva Imagen, México, 1979.
- Paracelso: Obras Selectas. Ed. Esotéricas, Colección Alquimia, Bs As, 1974.
- Patiño Restrepo J.: Abraham Flexner y el Flexnerismo; Fundamento Imperecedero de la Educación Médica Moderna. FePAFEM, Bogotá, 2001.
- Pégola F., Okner O.: Historia de la medicina. Edimed, Buenos Aires, 1986.
- Samaja J.: El método dialéctico como ascenso de lo abstracto a lo concreto. Escuela de Salud Pública (UBA), mimeo, Bs As, 1985.
- Simonay B.: El arquitecto del Faraón. Ed. Plaza y Janés, Barcelona, 2001.
- Tarnopolsky S.: Los curanderos, mis colegas. Ed. Macondo, Buenos Aires, 1979.
- Tristram Engelhardt H.: Lo primero es escuchar al paciente. Clarín, Bs As, 26-noviembre-95: 20-21.
- Veuillot Soulié C, Delibes G, de Plancy C: El exorcismo. Ed. Étoiles, Bs As, 1974: 219.

## FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES EN INTERNET

*El siguiente artículo brindará una breve reseña de algunas fuentes de información disponibles online, y que a su vez, integran una variedad de recursos que pueden ser de utilidad para la comunidad académica en su conjunto.*

*Dichos recursos contemplan la diversidad de carreras que se dictan en el Instituto Universitario, siendo cada uno, de los más relevantes, de un grupo mucho más amplio, existente en el ámbito de cada especialidad.*



**SCIELO** (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE)

[WWW.SCIELO.ORG.AR](http://WWW.SCIELO.ORG.AR)



Es una biblioteca electrónica que conforma una red iberoamericana de colecciones de revistas científicas en texto completo y con acceso abierto, libre y gratuito. Las revistas que integran la colección SciELO-Argentina tienen cobertura en todas las áreas del conocimiento y cuentan con la confiabilidad que les otorga el ser parte del Núcleo Básico de Publicaciones Científicas Argentinas y con el rigor científico de sus artículos evaluados por pares; quienes son miembros del Comité Científico Asesor designado por el CONICET. La calidad editorial de las revistas es evaluada permanentemente en el Área de Publicaciones Científicas del CAICYT en base a los Criterios de Excelencia de LATINDEX: Nivel 1/ CATÁLOGO Latindex. El portal SciELO es amigable y de fácil navegabilidad, posee dos opciones de búsqueda, una pa-

ra títulos y otra para artículos, la recuperación de la revista o del artículo puede realizarse por su título completo o por alguna palabra del mismo y también puede optarse por la posibilidad de truncamiento. Para acceder a los títulos de las revistas se dispone de tres opciones: lista alfabética, lista por materias, y búsqueda de títulos. La interfaz de búsqueda de artículos permite el acceso a través de índices de autor y materia, y a través de formularios de búsqueda simple y avanzada. Debajo de cada una de las referencias obtenidas como resultado de las búsquedas se encuentran los enlaces a los formatos disponibles (HTML y/o PDF). En el formato HTML se brinda información acerca de cómo citar los artículos.

**COLEGIO DE KINESIOLOGOS  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

WWW.COKIBA.ORG.AR

En la página del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires encontramos información referente a:

- Institución
- Servicios al matriculado
- Servicios a obras sociales
- Leyes y reglamentos
- Actividades académicas
- Prensa

Dentro de Actividades académicas se tienen acceso a la Revista Científica, la cual se puede descargar completa en formato PDF: [www.cokiba.org.ar/Academicas/revista.aspx](http://www.cokiba.org.ar/Academicas/revista.aspx)



**CUADERNOS DE CRISIS Y EMERGENCIAS**

WWW.CUADERNOSDECRISIS.COM

*Revista semestral de psicología de las emergencias  
y la intervención en crisis*

La revista electrónica Cuadernos de Crisis, pretende servir de punto de encuentro empírico y teórico, a todos aquellos profesionales que trabajan o se interesan en la aplicación del conocimiento general psicológico a la práctica cotidiana de los servicios de emergencia y a las emergencias en general.

El eje central de esta práctica es la intervención desde la psicología en incidentes y situaciones de tipo crítico o en sus posibles consecuencias: el estrés postraumático.

Estas páginas acogerán también trabajos que por sus caracte-

rísticas tengan elementos comunes o fronterizos con la teoría y la práctica de las áreas anteriormente citadas.

Aunque su marco geográfico tiene como único límite el que se deriva de la accesibilidad a la red, el marco cultural de referencia en el que se inscribe es el de la comunidad de países de habla hispana

La revista se puede descargar completa en formato PDF: [www.cuadernosdecrisis.com/numeros.php](http://www.cuadernosdecrisis.com/numeros.php)



**ASOCIACIÓN ARGENTINA DE DIETISTAS  
Y NUTRICIONISTAS DIETISTAS (AADYND)**

WWW.AADYND.ORG.AR

Esta página Web está conformada por profesionales Dietistas, Nutricionistas Dietistas y Licenciados en Nutrición conformando así una Institución profesional y científica sin fines de lucro con más de 60 años de trayectoria.

Entre los servicios que ofrece el sitio, se encuentra la posibilidad de acceder a la publicación DIAETA, y los artículos completos; realizar búsquedas bibliográficas en el catálogo de la Biblioteca de la Institución; Bolsa de trabajo, Leyes; Consulta del Nomenclador Nacional, etc.

Finalmente, a través de una cuota mensual, se puede realizar el registro dentro del sitio, con lo cual se accede a una variedad de servicios específicos; como por ejemplo; Tablas; software específico, e-Books y asesoramiento personalizado, entre otros.



# Plan nacional de vacunas contra el H.P.V. en niñas de 11 años, obligatoria y gratuita en la República Argentina

EL 2 DE SEPTIEMBRE DE 2011 ORGANIZADO POR LA DIVISIÓN GINECOLOGÍA –HTAL. DE CLÍNICAS- UBA- (PROGRAMA DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICA Y VACUNACIÓN EN PATOLOGÍAS DEL TRACTO GENITAL INFERIOR) SE REALIZÓ EL **SEGUNDO FORO UNIVERSITARIO DE PATOLOGÍAS DEL TRACTO GENITAL INFERIOR.**

PRONUNCIARON LAS PALABRAS INAUGURALES EL SR. MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN Y EL SR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, HACIENDO AMBOS HINCAPIÉ EN LA IMPORTANCIA DE LA **INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA PARA EL HPV** EN LA ARGENTINA Y EL TRABAJO CONJUNTO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.

## GENERALIDADES DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer invasor de cuello uterino es la quinta neoplasia en frecuencia en el mundo y ocupa el segundo lugar de incidencia en la mujer después del cáncer de mama.

Para la OMS aparecen 500.000 casos nuevos por año.

Se sabe que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad multifactorial; entre los **cofactores de riesgo** (cuyo valor independiente puede ser controvertido) mencionaremos:

- 1- inicio precoz de relaciones sexuales
- 2- la multiparidad

- 3- múltiples parejas sexuales
- 4- relaciones sexuales promiscuas
- 5- el tabaquismo
- 6- la inmunosupresión
- 7- la infección por HPV (papiloma virus humano)

## LA INFECCIÓN POR HPV

Cumple un rol definitorio pero no exclusivo en la producción del cáncer cervical uterino, teniendo en cuenta que necesita interactuar con los otros cofactores. El HPV es un virus con diferentes tipos y subtipos (actualmente más de setenta conocidos), muchos de los cuales pueden infectar el tracto genital inferior de la mujer.

Estos subtipos pueden dividirse en tres

grupos de riesgo para la producción del cáncer cervical uterino (Ver Tabla 1).

- El HPV humano infecta las células epiteliales de piel y mucosas, produciendo una proliferación celular en el sitio de la infección (condiloma) y en el tracto genital inferior. En mas del 50 % de los casos es producida por más de un tipo viral.
- Se ha comprobado la presencia del HPV como factor de desarrollo en el cáncer cervical uterino, pero su sola presencia no sería suficiente, dependiendo de la interacción de otros cofactores asociados.
- El HPV tiene un largo período entre la infección inicial y la eventual transformación maligna.

Tabla 1.

<b>1</b>	<b>Subtipos virales de BAJO RIESGO</b> 6, 11, 30, 42, 43 y 44
<b>2</b>	<b>Subtipos virales de RIESGO INTERMEDIO</b> 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58 y 61
<b>3</b>	<b>Subtipos virales de ALTO RIESGO</b> 16, 18, 45 y 46

- Existen frecuentes regresiones espontáneas de las lesiones y se considera que para su progresión a la malignidad deben interactuar varios co-factores .
- Para el consenso internacional, la edad preferible de vacunación es entre 11 y 14 años; la cuadrivalente para mujeres de hasta 25 años, la bivalente para mujeres de hasta 45 años.
- En el mercado hay dos marcas y ambas protegen de los subtipos 16 y 18 del HPV (1- cuadrivalente, 2- bivalente).

La **prevención secundaria** (Papanicolaou y Colposcopia) es un método que debe aplicarse inclusive en mujeres que hayan recibido la vacuna. El Actual Programa de Prevención de Cáncer Cervical Uterino del Ministerio de Salud de la Nación ha comenzado a desarrollarlo desde las provincias del norte (Jujuy, Formosa, Chaco, Misiones y Salta) donde hay más incidencia de esta patología

El prof. **Dr. Silvio Tatti**, Director del programa, propone la creación del **Programa PAP (Programa Ampliado de Prevención)**, para dar atención conjunta a niñas y madres y/o tutoras acompañantes.

- a) **NIÑA:** asistencia Espontánea y Gratuita para recibir la vacunación para el HPV en el vacunatorio pediátrico
- b) **MADRE O TUTORA ACOMPAÑANTE:**
  - 1- informarle sobre la importancia de

- la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- 2- informarle sobre la importancia de las 3 dosis de vacunación
- 3- realizarle una encuesta sobre el conocimiento del HPV
- 4- realizarle el TEST de TAMIZAJE CITOLÓGICO (Ex. De Papanicolaou)
- c) Creación en el Servicio de Ginecología de un **CONSULTORIO DE DEMANDA ESPONTÁNEA** (para la prevención 2ª. del cáncer cervical). (Ver Tabla 2)

#### **VENTAJAS DEL PROGRAMA PAP**

- Mejor comprensión de la madre en el cumplimiento del esquema de las 3 dosis de vacuna en la hija
- Evitar traslados innecesarios o pérdidas de días laborales maternos
- Aprovechar la obligatoriedad de vacunación de la niña para aumentar el tamizaje en madres de las niñas vacunadas
- Crear un equipo multidisciplinario institucional con los Servicios de Ginecología, Pediatría e Infectología

#### **OBJETIVOS DEL PROGRAMA PAP**

- Apoyar la vacunación en las niñas e incrementar el tamizaje para la detección temprana y el tratamiento del cáncer de cuello uterino.
- Las prioridades del programa son el trabajo a través de: la educación de la

comunidad, la extensión universitaria extracurricular y la formación de nuevas generaciones de médicos comprometidos en el tema

- Promover la capacitación de recursos humanos en prevención del cáncer cervical uterino (mediante becas, talleres, y el uso de e-learning y/o nuevas Técnicas de Información y Comunicación (TICs) que ya se disponen.
- Favorecer el uso de nuevas tecnológicas en la detección viral basadas en la evidencia.

#### **LAS VACUNAS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR HPV**

El Dr. Daniel Stecher, médico Infectólogo de la División Infectología del Htal. De Clínicas- UBA- informa que:

- Son vacunas inactivadas que contienen proteínas estructurales L1 purificadas, en forma de partículas similar virus (VLPs) y son tipo específicas
- Todas las adolescentes y mujeres jóvenes vacunadas desarrollaron respuesta de anticuerpos luego de las tres dosis; la curva de anticuerpos alcanzó un pico después de la 3ª dosis y una meseta a los 24 meses de la 1ª dosis
- Tuvo mayor respuesta entre los 10 y 15 años que entre los 16 y 23 años
- No está establecido cuál es el nivel mínimo de anticuerpos que otorga protección clínica

Tabla 2.  
Programa P.A.P

A	<p><b>Niña:</b> 1ª. dosis vacuna contra HPV</p> <p><b>Madre o tutora:</b> Realización de la encuesta sobre HPV y ofrecimiento de realizarse Ex. de Papanicolaou</p>
B	<p><b>Niña:</b> 2ª dosis vacuna contra HPV (al mes de la 1ª.)</p> <p><b>Madre o tutora:</b> control de resultado del Papanicolaou, (y eventual tratamiento de hallarse patología) o posibilidad de realizar el Papanicolaou en ese momento y eventual cita para control de resultados</p>
C	<p><b>Niña:</b> 3ª. Dosis vacuna contra HPV (al año)</p> <p><b>Madre o tutora:</b> si fue tratada: visita de seguimiento o 3ª oportunidad de realizarse Papanicolaou</p>

#### EFICACIA DE LAS VACUNAS

- Se observó protección contra los genotipos contenidos en la vacuna
- Se observó protección cruzada contra genotipos oncogénicos no contenidos en la vacuna (HPV 31-45)
- No hubo evidencia de protección en casos de infección previa contra genotipos contenidos en la vacuna
- La infección previa con un genotipo no disminuyó la eficacia contra los otros genotipos contenidos en las vacunas

#### INDICACIONES

##### NIÑAS MAYORES DE 9 AÑOS

- **VPH bivalente:** (16-18) Prevención de lesiones cervicales cancerosas y precancerosas

#### SITUACIONES ESPECIALES

- Embarazo: uso no recomendado
- Lactancia: Vacuna cuadrivalente puede darse. Vacuna bivalente: no hay datos
- Inmunodeprimidos: podrían utilizar-

se pero la respuesta inmunogénica puede ser menor

#### IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNA PARA EL HPV EN EL PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES DE LA NACIÓN

La **Dra Carla Vizzotti**, Jefa del Programa de Inmunizaciones (MSAL) informa que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce al cáncer de cuello uterino y otras enfermedades relacionadas con el HPV como un problema de Salud Pública.

Reportando:

- la aparición de 4000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino por año
- mortalidad de aproximadamente 1800 mujeres por año
- Provincias argentinas más afectadas: Formosa, Misiones y Salta
- Tipos de HPV en cáncer de cuello uterino:
  - HPV 16 : 59%
  - HPV 18 : 18 %
  - Otros tipos : 23 %

Se implementará la vacuna **BIVALEN-**

**TE (tipos 16/18) en tres dosis (la 2ª, al mes de la primera; la 3ª, a los seis meses).** Esto presenta:

- 100% de eficacia contra HPV 16/18 en mujeres sin exposición previa para infección persistente
- Eficacia para lesiones CIN 2+ del 65 %, y para CIN 3+ del 93% independiente del tipo de HPV
- Protección cruzada contra CIN2+ para HPV 31 (89%), CIN2+ para HPV 33 (82%), CIN2+ para HPV 45 (100 %) en población no expuesta.
- Alta concentración de anticuerpos en mucosa genital
- Inmunogenicidad alta (10-11 veces sobre la infección natural) y sostenida a 8.4 años contra HPV 16-18
- La vacuna en hombres no está recomendada

#### CONCLUSIONES

La vacuna VPH contra el Papiloma Virus Humano constituye una herramienta eficaz y segura para la prevención del cáncer cervical, vulvar y vaginal así como la prevención de verrugas genitales.

Fisioterapeuta Universidad del Rosario, Especialista en Ejercicio físico para la Salud Universidad del Rosario CELAFISCS Brasil, candidata Magister en Educación Pontificia Universidad Javeriana, Docente Investigador Corporación Universitaria Iberoamericana, director Línea de Investigación Gestión en Salud.

lorenaramirezcardona2@gmail.com.

# Bogotá - Colombia con un marco legal hacia la promoción de la actividad física

El presente artículo es una colaboración recibida desde Colombia. No sólo tiene importancia por proceder desde fuera del país, sino también porque Colombia es un ejemplo de reforma de salud instrumentada mediante ordenados y progresivos cambios legislativos. Las normas mencionadas en el texto son un ejemplo de esa conducta institucional.

## RESUMEN

**Objetivo:** Reconocer el marco legal dirigido a la promoción de la actividad física en Colombia y Bogotá al evidenciar esta temática de importancia en la temática de salud, donde las políticas permiten la realización de acciones para la comunidad que dan respuesta a las problemáticas de sedentarismo y Enfermedades Crónicas no Transmisibles que particularmente afectan a este país. **Diseño:** El objetivo se trabajó por medio de una revisión sistemática a partir de la Constitución Política en este país de 1991 y políticas sancionadas involucradas hasta 2009 utilizando las bibliotecas de Universidades en Bogotá con facultad de derecho<sup>(12)</sup>, bibliotecas

públicas<sup>(2)</sup> y páginas web gubernamentales<sup>(6)</sup> y distritales<sup>(6)</sup> como medios de búsqueda. **Resultados:** Los documentos analizados fueron 11 gubernamentales y 4 distritales evidenciando diferentes políticas que promueven la actividad física en Colombia y su Distrito en especial en los últimos años. **Discusión:** La intersectorialidad en las políticas de los sectores de salud, educación, cultura, entre otros; es un elemento a destacar aunque la transectorialidad, al ser de importancia para el impacto de las acciones en la temática, no se evidencia tan claramente.

**Palabras claves:** intersectorialidad, transectorialidad, marco legal, actividad física, promoción en salud.

*Este trabajo fue revisado y aprobado por el Lic. Diego Castagnaro, Director de la Carrera de Kinesiología, Vicedirector del Posgradon en Gerontología Clínica y miembro del Comité de Referato de esta Revista.*

## INTRODUCCIÓN

Los datos epidemiológicos en el mundo han alertado sobre el fenómeno del sedentarismo<sup>1</sup>. Dentro del marco colombiano se evidencia que las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son la principal causa de afección y muerte en este territorio, reportando que de 1990 al año 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó pasando del 59% al 62,6%<sup>2</sup>, correlacionando esta situación en salud con los altos índices de sedentarismo en la población. Igualmente se encuentra esta problemática en su Distrito Capital-Bogotá- donde el estudio realizado en 1999<sup>3</sup> encontró que un 39% a 45% de los ciudadanos mayores de 18 años presenta un nivel de actividad física irregular en su tiempo libre. Por otro lado, en 2005 la Encuesta Nacional de Nutrición evidenció que un 46% de la población de 18 a 65 años era regularmente activa<sup>4</sup>.

Esta preocupación actualmente también se refleja en edades tempranas donde los jóvenes con sobrepeso equivale a 11,9% advirtiendo que por lo menos uno de cada cuatro jóvenes se encuentra mal nutrido, y el porcentaje tiende a incrementarse rápidamente si se considera la baja participación en la actividad física<sup>5</sup>. Se encuentra igualmente que en los colegios del Distrito Capital un 5,2% de preescolares se encuentran con sobrepeso y en 141 colegios del Distrito Capital se encuentra un 6,5% de escolares con sobrepeso menores a 10 años<sup>6</sup>.

Esta situación ha generado que se implementen estrategias a nivel normativo donde se evidencia la actividad física como una herramienta a utilizar para la problemática de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles relacionadas con el sedentarismo, identificado a éste como factor de riesgo en salud. Igualmente estas medidas políticas bus-

can como fin la adquisición de un estilo de vida activo en la población planteando parámetros básicos para su realización, así como lo manifiesta en nuestro contexto nacional la Asociación de Medicina del Deporte de Colombia quien dice que todos los adultos deben hacer por lo menos 30 minutos diarios de actividad física moderada de 5 a más días de la semana<sup>7</sup>. Por su parte, en niños se estipula más de 60 minutos diarios<sup>8</sup>.

Al reconocer la importancia de las normativas para dar solución a estas problemáticas se planteó identificar y reconocer cuál es el marco legal dirigido a la promoción de la actividad física en Colombia y Bogotá hasta la fecha, evidenciando igualmente esta temática de importancia para la salud donde las políticas permiten la realización de las acciones para la comunidad que dan respuesta a las problemáticas de sedentarismo y enfermedades crónicas no transmisibles que particularmente afectan a este país.

## METODOLOGÍA

Se realizó la búsqueda desde 1991 (fecha que se divulgó la constitución política de este país) a 2009 en 2 bibliotecas públicas, 10 privadas con facultades de derecho del distrito, 6 páginas web gubernamentales de diferentes sectores (salud, educación, cultura entre otros) e igualmente 6 a nivel distrital. Con el fin de realizar una revisión sistemática de las diferentes leyes, políticas que favorecen la promoción de actividad física para Colombia y Bogotá. Los documentos analizados fueron 11 gubernamentales y 4 distritales.

De conformidad con el proceso de análisis implicado que permitió construir los resultados, se buscó seleccionar la bibliografía para un análisis crítico y descripción, precisando toda la información posible<sup>9</sup>, por medio de la cons-

trucción de una tabla en Excel con parámetros como: marco legal comprometido, año, sector y disposiciones sobre la temática de actividad física, permitiendo organizar los datos hallados.

## RESULTADOS

Se encontró que el aspecto normativo dinamizado en Colombia y Distrito Capital tiene un enfoque basado en la intersectorialidad (salud, cultura, educación, ambiente...) donde estos entes realizan lineamientos, estrategias y acciones que apuntan a las prioridades de salud como se contemplaba en el periodo 2002-2007 a nivel Nacional buscando modificar en un 15% los niveles de actividad física<sup>10</sup>. Actualmente se estipula en el Plan de Salud Pública 2007-2010 en torno a esta temática unos parámetros que se enmarcan por rangos de edad, estableciendo aumentar por encima de un 26% la realización de actividad física en edades entre los 13 y 17 años, además de un 42,6% en la población entre 18 y 64 años.

Haciendo énfasis en el marco político desarrollado por el gobierno en periodos anteriores y el actual, se encuentra la existencia de diferentes leyes que favorecen el cumplimiento de las metas establecidas en la temática. Éstas parten desde la constitución política, artículo 67, en donde se busca formar al colombiano en el respecto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia y en la práctica del trabajo y la recreación,(...)<sup>11</sup>. Igualmente se menciona la ley 715 de 2001 quien define la obligación de los municipios de planear y desarrollar de programas y actividades que fomenten la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física<sup>12</sup>. Ley 50 de 1990 definiendo que las empresas con más de cincuenta (50) trabajadores que laboren cuarenta y ocho (48) horas a la semana, tendrán derecho a que dos (2) horas de dicha

jornada, por cuenta del empleador, se dediquen exclusivamente a actividades recreativas, culturales, deportivas o de capacitación<sup>13</sup>. Ley 115 de 1994 Ley General de Educación -reconoce a la educación física, la recreación y la utilización adecuada del tiempo libre, como uno de los fines de la educación colombiana, obligatorio del currículo en la educación dentro de los colegios<sup>14</sup>. Ley 769 de 2002 código nacional de tránsito terrestre define acciones con el propósito de garantizar las diferentes opciones de movilización en el territorio nacional, lo cual es fundamental para promover alternativas de transporte como caminar y montar en bicicleta<sup>15</sup>. Ley 397 de 1997 Ley General de la Cultura manifiesta el proveer diferentes alternativas para la práctica social de la actividad física, basadas en el movimiento<sup>16</sup>. Ley 181 de 1995 Creándose el Sistema Nacional del Deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre, la educación extraescolar y la educación física<sup>17</sup>.

Igualmente de las normativas recientes se hace importante mencionar el enfoque enmarcado hacia a la salud pública y el planteamiento de trabajo hacia los estilos vida sanos, dando un enfoque hacia la promoción en salud entendida como medio necesario para proporcionar a la gente mejoras en su salud y ejercer un mayor control sobre los mismos<sup>18</sup>. Es así que se muestra la ley 100<sup>19</sup> con su reforma 1122 en su artículo 32, quien plantea “La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables”.

Igualmente en esta normativa se establece la creación del Plan Nacional de

Salud Pública 2007-2010, siendo esta la guía del accionar por el cual diferentes sectores y departamentos se rigen actualmente para la creación de estrategias y/o procesos de gestión, ya que en ésta se muestra la situación actual de salud, los temas y prioridades por las cuales se debe trabajar para cumplir con las metas propuestas en dicho documento. Este marco político como los anteriormente mencionados en Colombia refleja un trabajo macro que busca cubrir las prioridades en salud donde se observa la obligatoriedad del desarrollo de los lineamientos estipulados y metas propuestas, para que igualmente exista una coherencia en las respuestas de las acciones que se desarrollan por los diferentes sectores.

Por su parte en el marco legal del Distrito Capital se encuentran publicados los Lineamientos de Política Pública de prevención en Enfermedades Crónicas en Bogotá mostrando tres líneas de acción, llamadas el desestímulo de tabaco y alcohol, nutrición balanceada y finalmente la promoción de actividad física<sup>21</sup>. Igualmente al reconocer la importancia de desarrollar políticas que vinculen la alimentación saludable y la actividad física como lo declara la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>22</sup> se encuentra como respuesta la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Bogotá, Distrito Capital 2007-2017 quien enfatiza como línea de acción, la promoción y protección de la alimentación saludable y actividad física en todos los ciclos vitales<sup>23</sup>.

Finalmente y aunque se encuentra el documento preliminar se evidencia la Política Pública en deporte, recreación, actividad física, parques y escenarios 2009-2019<sup>24</sup> con diferentes ejes de trabajo, los cuales son: comunicación y divulgación, programas en deporte, recreación, actividad física y escenarios, trabajando hábitos y costumbres, educación e investigación, recurso huma-

no, infraestructura, alianzas. Igualmente se encuentra que esta construcción se ha realizando participativamente vinculando al Instituto de Desarrollo Urbano (IDU), Secretaría Distrital de Cultura Recreación y Deporte, el Instituto de recreación y Deporte (IDRD), secretaria Distrital de Integración Social, la federación de fútbol, entre otras. Además de mencionar la convocatoria abierta que se realizó para que los ciudadanos interesados en participar en dicho proceso se vincularan<sup>25</sup>. Apoyando las estrategias que actualmente existen en esta temática como el día sin carro, la recuperación del espacio público, la ciclo ruta, restricción de vehículos terrestres en horarios establecidos, mejoramiento de los parques<sup>26</sup>.

## DISCUSIÓN

El marco legal que acompaña a Colombia está direccionado por el principio de la intersectorialidad entendida como las acciones de los actores involucrados para el logro de un objetivo común a partir de sus competencias y responsabilidades específicas;<sup>27</sup> en este caso para la promoción del la actividad física involucrando al sector salud, educación, cultura, transporte terrestre, entre otros; donde cada uno de estos sectores trabaja para cumplir y favorecer las políticas. Igualmente esta normatividad política mencionada puede plantearse en un esquema de cadena, donde el gobierno estipula unos lineamientos generales a sus territorios y los territorios construyen a partir de lo estipulado, para que los sectores de estos territorios con sus acciones ofrezcan respuestas asertivas a las problemáticas.

Este trabajo por diferentes actores involucrados puede igualmente interpretarse como una estrategia para generar impacto en las acciones a desarrollar en este caso para generar estilos de vida activos. Igualmente es necesario plan-

tear que la construcción de políticas es solo un ejercicio general que ofrece lineamientos a seguir en el marco de la gestión de la salud<sup>28</sup>, pero que estas requieren que se desarrollen y ejecuten en una forma coherente por medio de programas generales, planificación, organización, coordinación y control<sup>29</sup>; para poder cumplir las metas propuestas en dichas políticas que finalmente buscan acercarse a una calidad de vida en la población, utilizando la realización de la actividad física como de las herramienta a implementar.

Igualmente el marco legal identificado pero a nivel distrital muestra que las políticas en este territorio también son evidentes y se reiteran por el trabajo desarrollado por su alcaldía y diferentes Secretarías Distritales en sus documentos con el principio de la intersectorialidad. En esta medida se hace relevante mencionar que el plan de desarrollo del alcalde y planes sectoriales que rigen a este territorio muestran y reiteran las metas a cumplir, según las necesidades particulares que para el caso están basados en la búsqueda de modificar el estilo de vida de los habitantes de Bogotá a través de la inclusión de la actividad física...con el propósito de mejorar la calidad y expectativa de vida<sup>30</sup> como lo expresa el programa Distrital de Muévete Bogotá. Y que igualmente muestra su trabajo con la Política Pública en deporte, recreación, actividad física, parques y escenarios 2009-2019.

Un aspecto a plantear se evoca al trabajo desarrollado en el gobierno estatal y distrital plantan un marco legal en los diferentes sectores pero se hace pertinente abordar el concepto de transectorialidad el cual se convierte en la expresión sectorial de la transversalidad. Las autoridades transversales se crean en los países para atender problemas importantes pero que trascienden la acción de un solo sector<sup>31</sup>. Donde la acti-

vidad física es asumida como un tema transversal en salud para los diferentes sectores, pero no se evidencia una apuesta de los sectores a trabajar en equipo donde se dinamicen diálogos y compartan saberes lo cual fortalecerá las dinámicas trabajadas para la promoción de esta temática en la población. Aunque en la construcción de Política Pública en deporte, recreación, actividad física, parques y escenarios 2009-2019 se encuentra la participación de diferentes entes que se podría reconocer como un primer acercamiento para el trabajo en unión.

Finalmente respecto a la revisión realizada se muestra que existe una diversidad en el marco político a nivel nacional y distrital construida por diferentes sectores sobre la actividad física donde esta temática puede describir como una herramienta prioritaria, transversal, esencial y necesaria a desarrollar en la población, en especial muestra en políticas como la reforma 1122, el Plan de Salud Pública 2007-2010 y a nivel distrital la Política Pública en deporte, recreación, actividad física, parques y escenarios 2009-2019. Lo que muestra el renacimiento del gobierno ante la temática para la población.

#### CONCLUSIONES

En forma general se encontró un marco legal para la promoción de la actividad física a nivel nacional y distrital con diferentes desarrollados por los diferentes sectores donde es característico la intersectorialidad y transectorialidad en estos documentos. Evidencian igualmente la falta de articulación de los sectores para el trabajo de esta temática.

Además se hace relevante mencionar que las normativas son un elemento macro de la gestión en salud, de la cual se desprenden diferentes procesos y dinámicas (planificación, organización,

coordinación y control) que deben realizarse en un orden y una coherencia para que las acciones en la comunidad generen los objetivos a desarrollar en torno a la actividad física; para así tener credibilidad el trabajo político que se ha realizado.

Finalmente esta revisión sistemática permite reconocer el trabajo realizado por el gobierno nacional y uno de sus territorios (Bogotá) en la temática de actividad física entendida como transversal y en la cual se evidencia la necesidad de trabajar en equipo los sectores para fortalecer las acciones en la temática. Así mismo es una invitación a investigar sobre los procesos de gestión que permiten identificar las falencias o requerimientos para que las acciones en salud generen el impacto que requieren.

#### Agradecimientos

*A Carlos Osorio Toro, por su aporte al desarrollo profesional*

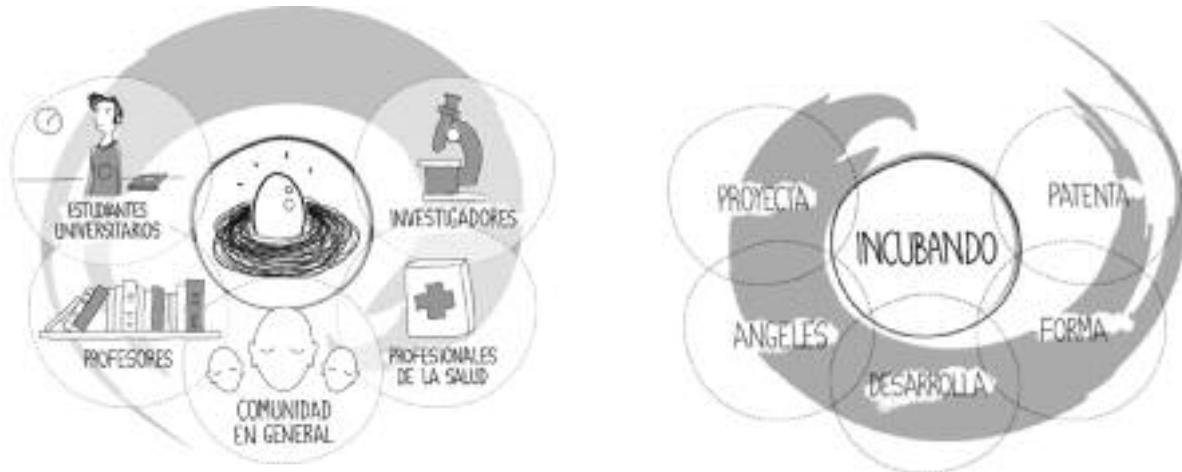
#### REFERENCIAS

1. Universidad del Rosario [programa divulgación científica muévase contra el sedentarismo], [citado 19 de abril 2009]. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/investigacion/tom02/fasciculo7/documentos/fasciculo7.pdf>
2. Ministerio de Protección Social. Decreto número 3039 de 2007 Plan Nacional de salud Pública; 2007
3. Instituto de Recreación y Deporte (IDRD). Conocimiento, percepción y nivel de actividad física de los ciudadanos de Santa Fe Bogotá; 1999
4. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). [encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia ENSIN 2005], [citado 17 de junio 2009]. Disponible en: [http://scp.com.co/archivosscp/ensin\\_icbf\\_2005.pdf](http://scp.com.co/archivosscp/ensin_icbf_2005.pdf)
5. Secretaría de salud Distrital. La Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá, Distrito Capital 2007-2015; 2007
6. Secretaría de educación Distrital. Salud al Colegio con el diagnóstico nutricional 2006; 2006



7. Asociación Medicina del deporte. [“Por la salud y la felicidad de los ciudadanos del mundo” declaración de Santafé de Bogotá, 2000], [citado 17 de mayo 2009]. Disponible en: <http://medsport.univ-lyon1.fr/Es/DeclSFB.pdf>
8. Center for Disease Control and Prevention. [Physical Activity Guidelines children], [citado 17 de mayo 2009]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/children.html>.
9. Rafael C. Izaguirre R, Reinaldo RO, Sordelicia. [la revisión bibliográfica como paso lógico y método de la investigación científica], [citado 21 de agosto 2009]. Disponible en: MN.<http://193.251.218.9/datas/revista/numeros/volumen%202/numeros2/revis.pdf>
10. Ministerio de Protección Social. [Guía para el desarrollo de Programas intersectoriales y Comunitarios para la Promoción de la Actividad Física. 2004], [citado 17 junio 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/vBeContent/library/documents/DocNewsNo15136DocumentNo1907.pdf>.
11. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia;1991
12. Congreso de la República. Ley 715;2002
13. Congreso de la República. Ley 50;1990
14. Congreso de la República. Ley 115;1994
15. Rama legislativa. Código Nacional de Tránsito Terrestre.1995
16. Congreso de la República. Ley 397;1997
17. Congreso de la República. Ley 181 de 1995
18. Hernan M, Helena R. Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Colombia,2001
19. Congreso de la Republica. Ley 100 de 1993
20. Congreso de la República. Reforma 1122; 2007
21. Secretaria de Salud Distrital. Lineamientos de política pública de prevención de las enfermedades crónicas en Bogotá;2002
22. Organización mundial de la salud (OMS). (2004). [Promueve y protege la salud vincula una alimentación saludable junto a la actividad física], [citado 30 abril del 2009]. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/g\\_s\\_process\\_sp.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/g_s_process_sp.pdf).
23. Secretaria de Salud de Bogotá. Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá, Distrito Capital 2007-2015; 2007
24. Alcaldía Mayor de Bogotá. [Política Pública de Deporte, Recreación, Actividad Física, Parques y Escenarios para Bogotá 2009- 2019], [citado 17 de mayo 2009]. Disponible en: <http://www.bogotamasactiva.gov.co/?q=node/284>
25. Universidad de los Andes. [Política Pública en Deporte, recreación y Actividad Física 2009-2019], [citado julio 2009]. Disponible en: <http://www.politicapublica.uniandes.edu.co/Politica%20Publica%20Documentos/parte3.ppt>
26. Parra D, Gomez L, Pratt M, Sarmiento O, Mosquera J, Triche E( 2007 febrero,26) policy and built environment changes in Bogota ´ and their importance in health promotion. Indoor Built Environ. 2007,febr. 16:4:344\_348
27. Ministerio de Protección Social. [intersectorialidad], [citado agosto 20 2009]. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-80179.html>.
28. Organización Mundial de la Salud. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud, Normas fundamentales Ginebra;1981
29. Acosta Ruben. 2005. Gestión y administración de organizaciones deportiva.2005; pg 217
30. Instituto de Recreación y Deporte [muévete Bogotá], [citado agosto 20 2009]. Disponible en: <http://redcolaf.org/muevetebogota/index.htm>.
31. Solano D. [ la transversalidad y transectorialidad en el sector publico, 2007], [citado agosto 20 2009]. Disponible en: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0056804.pdf>

# Incubando Salud



La Fundación Barceló presentó el proyecto Incubando Salud, una iniciativa innovadora en el campo de la creación y el desarrollo de emprendimientos, que propone vincular el mundo de la salud con el sector empresario para lograr una sinergia que brinde soluciones a necesidades reales de la comunidad, mejorando la calidad de vida y contribuyendo al crecimiento del sistema productivo.

En el universo de la salud existen una gran cantidad de ideas que por desconocimiento o falta de herramientas y canales adecuados no logran llegar a una etapa de desarrollo que genere impacto en la sociedad. Frente a esta necesidad, ha surgido desde la unidad de vinculación tecnológica de la Fundación Barceló **Incubando Salud**, el aliado estratégico para dar vida a esas ideas, capitalizando y orientando el conocimiento científico, trasladándolo del laboratorio al mundo real.

**Incubando Salud** propone la generación de un espacio de intercambio interdisciplinario donde científicos, profesores, estudiantes universitarios y profesionales del sector Salud puedan interactuar con personalidades del mundo empresarial, a fin de dotarse de conocimientos, experiencias y herramientas que promuevan y faciliten la creación y el desarrollo de emprendimientos exitosos y sustentables, y busca convertirse en una organización referente para cualquier emprendimiento y compañía vinculada con el sector salud, oficiando de nexo eficaz entre emprendedores, empresas y fuentes de financiamiento.

A través del impulso a la investigación aplicada, la cooperación, el trabajo en red y la capacitación, **Incubando Salud** busca promover la creatividad y el espíritu emprendedor de

quienes integran la comunidad científica y académica, procurando que se conviertan en exitosos **emprendedores de la salud**. Al respecto, el Director Ejecutivo de **Incubando Salud** y Vicerrector de la **Fundación Barceló**, Lic. Axel Barceló, expresó: “*El paciente y la vida saludable necesitan del aporte de los emprendedores de la salud. Queremos hacer algo transformador, es tiempo de que los profesionales de la salud sean protagonistas del cambio*”.

## Servicios

Entre los servicios que ofrece Incubado Salud podemos mencionar:

*a) Incuba PROYECTA:* Es un servicio a través del cual se le ofrece a los emprendedores de la salud un programa de desarrollo de habilidades para la creación de empresas de bienes y servicios en entornos biosanitarios. Mediante un asesoramiento personalizado de especialistas, se brindan las herramientas y los recursos necesarios para transformar las ideas en planes de negocios.

*b) Incuba ANGELES:* Es un servicio a través del cual Incubando Salud participa activamente en la gestión del financiamiento vinculando a los emprendedores y a empresas de la salud con una amplia red de inversores locales e internacionales.

*c) Incuba DESARROLLA:* Es un servicio a través del cual se brinda asesoramiento técnico integral para la consolidación y mejora de la eficiencia de las empresas del sector salud.



d) **Incuba FORMA:** Son los programas de formación dirigidos a emprendedores y profesionales de la salud, que tienen por objetivo desarrollar sus capacidades para comprender la dinámica comercial del sector y potenciar sus habilidades para la concepción y gestión de proyectos.

e) **Incuba PATENTA:** Es el servicio a través del cual se brinda apoyo técnico y legal en aspectos de propiedad intelectual.

### Convocatoria Incubando Salud 2011

Desde septiembre se está realizando la convocatoria de ideas y proyectos, que presenta las siguientes etapas:

#### POSTULACIÓN

En esta etapa, que comenzó en septiembre y concluye el 19 de diciembre, y como paso previo ingreso al “Proceso de incubación”, los emprendedores de la salud deberán postular sus ideas o proyectos a través de las *convocatorias* o ingresando a *Postula tu idea*.

Un *panel de expertos* estará encargado de detectar aquellas ideas con potencial de desarrollo, y mediante un análisis de *viabilidad técnica y comercial*, determinarán si la misma está en condiciones de ingresar al “Proceso de Incubación”.

#### PROCESO

##### A) **PRE-INCUBACIÓN** (duración aproximada: 6 meses)

Aquellos emprendedores de la salud que hayan sido seleccionados, iniciarán el proceso de pre-incubación cuyo objetivo es la transformación de la idea-proyecto en un plan de negocios. Es en esta instancia donde se termina de conceptualizar la idea del negocio, validar su factibilidad técnica, comercial y financiera, evaluar las oportunidades y diseñar el plan de negocios para la búsqueda de financiamiento. En esta etapa, un grupo de profesionales brindará asesoramiento en las siguientes áreas:

- Asesoría para el desarrollo y confección del plan de negocios
- Asesoría legal y contable para la constitución de la empresa

- Capacitación en gestión de proyectos

##### B) **INCUBACIÓN**

(duración aproximada: entre 12 y 36 meses)

En esta etapa, se llevan adelante todas las actividades establecidas en el plan de negocios necesarias para la estructuración, organización y desarrollo del emprendimiento.

En el proceso de incubación, se tiene por objetivo la creación de las condiciones favorables para la obtención de financiamiento y el ingreso al mercado.

Producto de la sinergia generada por la interacción proactiva de *profesionales multidisciplinarios*, los emprendedores de la salud podrán desarrollar su potencial y sentir que forman parte de un equipo apoyado y contenido por un grupo de expertos.

Durante la “Incubación”, los esfuerzos de la incubadora estarán orientados a brindar asistencia técnica en todas las áreas de creación de un emprendimiento:

- Protección intelectual
- Asesoramiento legal, contable y tributario
- Planificación estratégica y operativa
- Vinculación con fuentes de financiamiento “*Health Angels*”

##### C) **POST-INCUBACIÓN** (duración aproximada: 6 meses)

Los emprendimientos que hayan logrado alcanzar esta etapa del proceso de incubación, estarán dotados de las herramientas necesarias para desenvolverse en el mercado con sus propios recursos. Durante este período, los esfuerzos estarán orientados a la consolidación y el crecimiento del emprendimiento.

El grupo de asesores brindará asistencia en:

- Evaluación de desempeño
- Desarrollo de mercado
- Detección de nuevas oportunidades
- Asesoramiento en áreas específicas

Más información en [www.incubandosalud.com](http://www.incubandosalud.com)

## La búsqueda enfermiza de la Belleza

por Ana Elisa Schürmann\*

“El Cisne Negro” explora la intimidad de una bailarina profesional que adolece de paranoia y es víctima de un perfeccionismo enfermizo



El famoso ballet ruso “El lago de los cisnes” vio la luz el 4 de marzo de 1877 en el Teatro Bolshoi de Moscú, con coreografía de Wenzel Julius Reisinger y música de Pyotr Ilyich Tchaikovsky. Si bien su estreno generó controversia, la exitosa remake de 1895, coreografiada por Marius Petipa y Lev Ivanov, ha pasado a integrar el repertorio de obras clásicas insoslayables en todo teatro de renombre.

El argumento cinematográfico de “El Cisne Negro” (Black Swan, 2010) gira en torno a la representación de la famosa pieza por una ficticia compañía de baile neoyorkina, pero con una vuelta de tuerca: según la visión de Thomas Leroy (director artístico interpretado por el francés Vincent Cassel), esta puesta en escena requiere **una bailarina capaz de consustanciarse visceralmente con el doble rol de Odette y Odile**, jóvenes doncellas-cisne enfrentadas por el amor del príncipe Sigfrido.

No sin cierta dubitación, Leroy selecciona a Nina Sayers (en-

carnada por una grácil Natalie Portman) para asumir ambos roles protagónicos en la nueva temporada de la compañía. A partir de este argumento sencillo, la película explora la psiquis de la joven bailarina, quien tiene un perfil adecuado al personaje del Cisne Blanco, inocente y frágil, pero muestra dificultades a la hora de representar al sensual Cisne Negro, lo cual dispara **un tortuoso camino de auto-conocimiento en aras de la consagración profesional**.

Si bien Nina presenta indicios de un trastorno psiquiátrico con anterioridad a la asignación del papel central, la película observa la progresión de la enfermedad a medida que se aproxima el estreno del ballet. Además de insinuarse un desorden alimentario y un antecedente de automutilación (bajo la forma de arañazos en la espalda), se exhibe una percepción por momentos distorsionada de la realidad, así como un siniestro desdoblamiento de la personalidad. Ya sea confundiendo la fisonomía de otras mujeres o imaginando una cor-

---

poreidad inexistente, Nina es acosada por una versión malvada de sí misma que amenaza con destruirla. Adicionalmente, sus relaciones en general pasan por el tamiz de un delirio persecutorio.

Ignorando esta problemática, su mentor le recomienda “perder el control” como un camino alternativo hacia la perfección y la somete a un entrenamiento poco ortodoxo. Aquí entran claramente en discusión los componentes apolíneo (racional) y dionisiaco (pasional) de la creación artística, ya que Nina prioriza la técnica por encima de la sensualidad.

En correspondencia con este dualismo, toda la película se maneja en el lenguaje dicotómico de los blancos y los negros. Otros elementos cohesivos son la recurrencia de la sangre como imagen de auto-flagelo y del espejo como delator de las emociones que Nina pretende disimular. La omnipresencia de los reflejos acentúa la duplicidad de la protagonista pero también enfatiza su soledad, y reconstruye fielmente la atención por lo estético en el mundo artístico.

Más allá del drama personal, el film retrata un mundo com-

petitivo donde la insatisfacción y la envidia son sentimientos constantes. A las frustraciones de una ex bailarina cuya carrera se vio truncada (Barbara Hershey en el rol de la madre abnegada), se suman la impotencia de una prima bailarina en el ocaso de su carrera (Beth MacIntyre, por Winona Ryder) y los celos entre las aspirantes al estrellato de la compañía. Entre estas últimas se destaca la sensual Lily (Mila Kunis), que actúa como elemento revulsivo en la pedagogía erotizante de Nina.

El atractivo de “El Cisne Negro” reside en sus múltiples lecturas, que la convierten en objeto de interés para un público no aficionado a la danza. El drama de Nina llama a reflexionar sobre las aspiraciones y los sacrificios involucrados con toda actividad profesional, mientras plantea la **influencia nociva del ideal de la excelencia en una mente enferma**. La película sugiere que el profesionalismo puede convertirse en un factor patógeno cuando se desdibujan los límites entre una sana responsabilidad y una entrega enfermiza. En este sentido, el cisne negro constituye una metáfora del lado oscuro que toda vocación intensa comporta.

\* Cultura y Bienestar Universitario, Fundación H. A. Barceló.  
Contacto: [extensionba@barcelo.edu.ar](mailto:extensionba@barcelo.edu.ar)

#### FOTOGRAMAS DE LA PELÍCULA



Más imágenes en el sitio oficial del film: [www.foxsearchlight.com/blackswan](http://www.foxsearchlight.com/blackswan)

---

# Arte y Locura

por Norma Rodrigues Gesualdi\*

“Hay personas que, con naturalidad, acceden a su palabra.”

Esto suele ocurrir entre los artistas. Freud dice que el artista es alguien que “encontró el camino de vuelta”. El camino de vuelta, nos preguntamos, ¿desde dónde?

La vida del humano en sociedad transcurre entre dos extremos posibles: la sumisión a la ley, con sus consecuencias empobrecedoras para la creatividad individual; y el desafío a la ley, con las suyas, devastadoras, dada la orfandad en que la pérdida de ley sume al individuo. El artista parece haber encontrado una fórmula que le permite al mismo tiempo el desafío a la ley, sin perderla para sí, y la sumisión a la ley, sin sojuzgarse para ella.

¿Desde dónde, entonces, “el camino de vuelta”?

Parecería que el artista es quien puede lanzar su desafío y regresar al mundo donde la ley impera, sin perderla. Algunos tienen éxito en esa empresa. Otros, fracasan. **Es vasta la galería de artistas que transitaron o sucumbieron a las psicosis.** En el campo de la producción de arte, la obra a veces alcanza el “logro estético”. Suele incluir, en la plasmación de una nueva especialidad, tanto la ley operante como la ley desafiada.

Hay un caso paradigmático, que revela a nuestro análisis *a posteriori*, la conjunción de ambas. Lo tomo del arte de la danza. Se trata de Vaslav Nijinsky.

La ley de gravedad es inevitablemente operante. Del orden de las leyes a las que no nos podemos sustraer. Nijinsky inscribió, no obstante, allí su desafío. Creó un mundo evanescente, de pura ascensión y suspensión, que parecería libre de la caída gravitacional.

“El hombre pájaro”, como lo llamaban, cuando respondía a la pregunta por el secreto de su famoso “Entrechat 10” (el salto con el que quedaba por un instante suspendido en el aire), decía graciosamente: “Es muy fácil, sólo hay que detenerse un poco en el aire antes de descender”. Esa es la creación con la que lo recuerda el mundo. Su desafío exitoso a la ley de gravedad. No obstante, no todos sus movimientos pulsionales habrían de encontrar tal “bien decir” o “bien hacer” con su intento desafiante antigravitatorio. Nijinsky

no encontró “el camino de vuelta” y se perdió en sus desafíos. Sucumbió a una esquizofrenia después de diez años en los que se consagró como el mejor bailarín de todos los tiempos.

El intento de dar un mentís a la fuerza de gravedad, en tanto expresión mecánica de nuestra propia pesantez cuando nos querríamos leves, de nuestra propia finitud cuando nos querríamos eternos, confirma la eficacia de una fantasía desafiante de la ley. Como venimos de decir, esa fantasía puede tomar diferentes destinos. En algunos, el arte; en otros, la locura. A veces, ambos se imbrican.

Pasando al arte cinematográfico, empezaremos hablando de EL CISNE NEGRO.

**Hay que advertir a los espectadores acerca del tema de la película. No se trata de Arte, se trata de Locura.**

La extraordinaria película de Darren Aronofsky muestra, con crudeza y magnificencia -y ahí sí, con Arte- un caso patológico: el desgarrador inicio de un delirio psicótico.

Siguiendo la línea de lo que venimos planteando, la protagonista muestra dos fuerzas en conflicto. Una: la pureza virginal, representada por el cisne blanco y sostenida a ultranza por una madre mortífera. La otra fuerza, la iniciática en el mundo sexual, representada por una figura masculina violenta y perversa como lo es el coreógrafo. Malos mentores, ambos, para una salida exitosa hacia la salud y la libertad.

Tal caso, ilustra el fracaso en el intento desafiante a una ley retentiva representada por la madre, y la falencia de la figura masculina, que en vez de liberarla, la condena a su influjo. Hay que aclarar que la imposibilidad de accionar exitosamente contra el deseo retentivo, aquí representado por la madre, no depende de la madre. Señalamos cierta “debilidad” en la afirmación del sí mismo. A veces esa debilidad se disfraza de “compasión” hacia el otro. Es decir, si no hubiera cierta aquiescencia hacia el impulso retentivo, a esa madre se la transformaría en una madre liberadora. Parecería que todo depende del hijo. Es él quien ha recibido todo. O casi todo.

---

Hay que ver qué hace con eso.

Las rasgaduras en la piel, los reiterados sangrados, formas elocuentes de automutilación, quedaron ocultos por apósitos y por cosméticas. Esas llagas eran las verdaderas protagonistas. Ahí radica la “debilidad” del personaje. El Cisne Rojo (sangre) que, lejos de desaparecer, se potencia hasta el remate final en que anega al Cisne Blanco (y también al Cisne Negro).

La obra efímera, y la “perfección”, el anhelo de alcanzar el logro estético. Pero un detalle: el logro estético, el genuino, requiere de una condición: la supervivencia del artista.

En “El Cisne Negro”, la artista, por el contrario, se inmola. La artista había desafiado a su madre más allá de lo que pudo ella misma sostener. De palabra: “Yo soy la Reina

Cisne, tú eres la que nunca fue solista”. Y con la obra, a la que pudo presentar a condición de que ésta fuese efímera, única y fatal.

La artista se convirtió en cisne, en lugar de convertir al cisne, por su arte.

La propia carne de la artista, convertida en cisne, tuvo no su propia muerte: la muerte del Cisne.

**El anegamiento del Cisne por la sangre, muestra el fracaso en el intento de liberación. El triunfo de la muerte.**

El Arte es otra cosa.

Aronofsky lo sabe. Su película es, además, cercana al logro estético.”

\* Disertación de la Lic. Rodrigues Gesualdi en la conferencia “Arte y locura: El Cisne Negro”, Fundación H. A. Barceló, jueves 22 de septiembre de 2011. La autora es miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Contacto: normagesualdi@gmail.com - www.normagesualdi.com.ar

## FICHA TÉCNICA

**Título:** “El Cisne Negro” (Black Swan).

**Género:** Thriller psicológico – Drama.

**Director:** Darren Aronofsky (The Wrestler, Requiem for a Dream).

**Año:** 2010.

**Estreno local:** 17 de febrero de 2011.

**País:** Estados Unidos (filmada en New York).

**Idioma:** inglés.

**Duración:** 108 minutos.

**Intérpretes:** Natalie Portman (Nina Sayers)\*, Mila Kunis (Lily), Vincent Cassel (Thomas Leroy), Barbara Hershey (Erica Sayers), Winona Ryder (Beth Macintyre), Benjamin Millepied (David), Ksenia Solo (Veronica) y otros. \* Una bailarina del American Ballet Theatre fue contratada como doble para los ejercicios más rigurosos.

**Libro:** Andrés Heinz.

**Guión:** Mark Heyman, Andrés Heinz, John J. McLaughlin.

**Dirección de fotografía:** Matthew Libatique.

**Banda sonora:** Clint Mansel.

**Música de “El lago de los Cisnes”:** Piotr Ilyitch Tchaikovsky (1840-1893), también autor de las piezas para ballet “La bella durmiente” (1890) y “Cascanueces” (1892).

**Coreografía:** Benjamin Millepied.

SEDE BUENOS AIRES

#### **XIII Jornada Científica: Secretaría de Ciencia y Tecnología**

El día 2 de diciembre se realizó la XIII Jornada Científica en Buenos Aires.

La convocatoria pretendió la pluralidad de procedencias para el enriquecimiento de quienes, desde el ámbito académico, hacen investigación. Por ello, abarcó a todas las Carreras de Grado y Posgrado de la Facultad de Medicina del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló.

Las modalidades de participación fueron en calidad de asistente o con la presentación de trabajos científicos mediante ponencia de pósters en formato electrónico y defensa oral.

---

#### **Inscripciones 2012**

Informamos que se encuentran abiertas las inscripciones para carreras de grado, cursos y posgrado.

Beneficios:

- Descuentos para graduados de nuestra Facultad en posgrados
- Becas en posgrados
- Matrícula bonificada hasta el 31 de diciembre para iniciar la carrera de Psicología

#### **Mayor información:**

SEDE BUENOS AIRES  
admision@barcelo.edu.ar

SEDE SANTO TOME

informesst@barcelo.edu.ar

SEDE LA RIOJA

informeslr@barcelo.edu.ar

---

SEDE SANTO TOMÉ

#### **VII Jornada Científica. Secretaría de Ciencia y Técnica**

La jornada se realizó en la sede de nuestra Facultad (Centeno y Rivadavia) el 23 de noviembre a las 8.30 hs

Se presentaron trabajos científicos realizados por profesionales y alumnos de la comunidad Barceló

Contacto: scystst@barcelo.edu.ar

---

SEDE LA RIOJA

#### **Presentación de "Wet-Lab". Fundación Barceló y FUNDANOVA**

Presentación de "Wet-Lab". Fundación Barceló y FUNDANOVA

El 2 de diciembre a las 9 hs en la sede institucional de la Facultad, Fundación Barceló y FUNDANOVA presentaron el Laboratorio de Habilidades y Destrezas para entrenamiento quirúrgico en laboratorio.

**Contacto:**

informeslr@barcelo.edu.ar

---

SEDE SANTO TOMÉ

#### **Atención primaria de la salud Misiones Médicas Internacionales**

Con el objetivo de mejorar la calidad

de vida y el bienestar de poblaciones vulnerables ubicadas en zonas de alto riesgo para la salud, desde el 5 de diciembre y durante el transcurso de dos semanas, se están desarrollando las **Misiones Médicas Internacionales** en la ciudad de Santo Tomé (Corrientes). Estas actividades son organizadas y coordinadas por la **Fundación Barceló** en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de la Provincia y la Secretaría de Salud de la Municipalidad.

Así, un grupo de 30 personas entre estudiantes, profesores y profesionales de la salud de la **Nova Southeastern University** de Florida, Estados Unidos arribaron a principios de diciembre a la ciudad correntina para brindar servicios de atención primaria. Durante estas dos semanas, los voluntarios tienen la posibilidad de demostrar sus competencias clínicas en ámbitos sanitarios desafiantes, al tiempo que se relacionan con una cultura diferente, comprometiéndose socialmente y aprenden a través de una experiencia práctica en el mundo real.

Trabajando día a día para cumplir con su compromiso ante la ciencia, la salud, el humanismo, el profesionalismo y el bienestar social, la **Fundación Barceló** busca, a través de las Misiones Médicas Internacionales, motivar la solidaridad entre países vecinos, promover el turismo educativo y la integración cultural, y generar proyección internacional para la región por medio de vínculos a largo plazo que permitan asistir a las comunidades de manera continua para lograr una mejora permanente en su calidad de vida.

# REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

## Revista de Ciencias de la Salud

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (IUCS)  
Fundación H. A. Barceló - Facultad de Medicina



La Revista de Ciencias de la Salud es una publicación oficial del IUCS, Fundación H. A. Barceló, que se editará en forma trimestral (4 números anuales), con el fin de:

- Posibilitar la difusión de artículos, comentarios, monografías e informes, seleccionados entre las colaboraciones de docentes, alumnos, empleados y directivos;
- Disponer de un medio de comunicación y difusión de aportes, dentro y fuera del ámbito institucional, así como un instrumento de extensión universitaria;
- Distribuir la gratuitamente entre docentes y alumnos regulares del IUCS, enviarla en forma promocional a instituciones vinculadas al IUCS y ofrecerla por suscripción a personas ajenas a la Fundación.

### Objetivos específicos

Proporcionar una publicación de carácter científico-técnico, que admita diversos tipos de colaboraciones:

- Artículos originales de investigación enviados por docentes de ésta u otras entidades académicas;
- Artículos no originales sobre adelantos científicos, que sean seleccionados por su valor en la difusión de innovaciones al conocimiento;
- Monografías seleccionadas enviadas por alumnos de las distintas Carreras del IUCS, sobre investigaciones en terreno, así como de universidades vinculadas;
- Informes de docentes y/o alumnos sobre trabajos de prevención y promoción de la salud realizados en establecimientos asistenciales de práctica;
- Comentarios científico-técnicos elaborados por docentes sobre temas de interés del campo de la Medicina y la Salud Pública, de ésta u otras entidades académicas;
- Comentarios editoriales de profesores, personal y directivos del IUCS;
- Información institucional sobre novedades del IUCS;
- Comentarios bibliográficos y novedades de la Biblioteca del IUCS.

### Pautas de distribución

Su distribución será instrumentada según los siguientes criterios:

- En todas las sedes del IUCS en cantidades a definir, con destino a docentes y alumnos regulares, en forma gratuita;
- A un listado de personas e instituciones destacadas, vinculadas a las sedes del IUCS, a los que se les enviará la Revista en carácter de cortesía;
- Mediante un mecanismo de suscripción para personas ajenas al IUCS;
- Los artículos de los números previos a los 2 últimos editados, serán publicados en la página Web de la Fundación Barceló;

## Nota aclaratoria

El presente Reglamento, durante la etapa inicial de la Revista, tendrá un carácter educativo y de orientación, con el fin de facilitar a los potenciales colaboradores sus contribuciones al contenido de la publicación. Durante los primeros números será aplicado con flexibilidad y se procurará que las colaboraciones se adapten a sus particulares necesidades de crecimiento y difusión.

- Cuenta con un Director responsable y un Comité Editorial, integrado por personal jerárquico de la institución;
- Cuenta con un Comité de Revisores (referato) encargado de revisar y aprobar las colaboraciones que se sometan a su consideración;
- Será indizada en registros bibliográficos accesibles.

### Datos de contacto

Las colaboraciones que se propongan para su publicación deberán ser enviadas a la Sede Buenos Aires, Departamento de Salud Pública:

Dirección: Av. Las Heras 2191, (C1127AAD) Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Teléfono: [54-11] 4800-0200 (int. 234 ó 236).

E-mail: [cienciasdelasalud@barcelo.edu.ar](mailto:cienciasdelasalud@barcelo.edu.ar);  
[secsaludpublica@barcelo.edu.ar](mailto:secsaludpublica@barcelo.edu.ar).

### Formato de las colaboraciones

#### • Colaboraciones no originales

Las colaboraciones de artículos de opinión extraídos de otras publicaciones, o traducciones de interés relevante de trabajos publicados en medios internacionales, deberán contar con la autorización previa de los editores del documento original. El texto deberá ir encabezado por una nota preliminar o copete, donde se explique la importancia del artículo aportado y la cita bibliográfica original detallada. Estas colaboraciones deberán ir acompañadas por el nombre de quien aporta el documento y la autorización gestionada ante los editores originales. Las colaboraciones de carácter literario, sólo requerirán la autorización, ya que supuestamente la obra se explica por sí misma.

#### • Colaboraciones originales

Los trabajos deberán presentarse en soporte magnético escritos con procesador de textos, en letra Arial 11. Deberán enviarse precedidos por un mensaje solicitando su

publicación; si pertenece a más de un autor, deberá ser enviado por uno de los autores, manifestando formalmente la conformidad de los demás participantes. El documento deberá incluir: texto definitivo del trabajo, el orden de prioridad de autoría, aceptación del formato, composición y/o edición en caso de que el artículo se publique. Asimismo deberá manifestar que se trata de un trabajo original y que nunca ha sido publicado en otros medios impresos o electrónicos. Deberá agregarse el lugar o institución donde fue realizado el trabajo, así como los nombres y firmas de todos los integrantes y sus respectivos correos electrónicos, con una síntesis de hasta 5 componentes de sus currícula vitae, aclarando quién actuará como interlocutor de la Revista.

Los trabajos referidos a investigaciones, o monografías sobre actividades de campo, deberán tener la siguiente estructura general:

- a) Título y autor/es;
- b) Resumen y/o abstract;
- c) Palabras clave;
- d) Introducción con el/los objetivos del trabajo;
- e) Antecedentes, si corresponde;
- f) Población y/o material y metodología empleada;
- g) Resultados;
- h) Discusión y/o conclusiones;
- i) Manifestación de conflicto de intereses, si corresponde;
- j) Bibliografía.

Por ser una publicación indizada, los artículos originales serán revisados por dos pares miembros del Comité respectivo. Asimismo, deberán estar encabezados por un resumen o abstract de no más de 12 renglones, en castellano y en inglés. Los artículos no podrán tener una extensión de más de 10 páginas en Arial 11 a espacio simple, incluyendo resumen, bibliografía, cuadros estadísticos, gráficos y/o fotografías. Al término del

resumen deberán indicarse las palabras clave, en castellano y/o inglés, que identifiquen el contenido del trabajo para su inclusión en bases de datos nacionales e internacionales, en un número de 3 a 10 palabras o frases breves.

Conflicto de intereses: el/los autor/es deberá/n aclarar si existió algún tipo de financiamiento para la realización del trabajo o para los investigadores, ya sea por medio de becas provenientes de instituciones públicas o privadas, ya sea por laboratorios farmacéuticos u otro tipo de instituciones filantrópicas. Si el apoyo prestado, no determinó la orientación del trabajo o sus conclusiones

### Bibliografía

La bibliografía podrá presentarse en dos modalidades:

- a) Mediante números ubicados en el lugar de la cita, con formato superíndice (p.ej.: <sup>23</sup>), con los datos bibliográficos al final del texto, por orden de aparición;
- b) Citando apellido del autor y año de publicación en el lugar de la cita (p.ej.: White, 2000; Bosch-Vázquez, 1998; si son más de 2 autores: Smith y col., 2002), con los datos bibliográficos al final del texto, por orden alfabético;
- c) Sólo deben mencionarse las citas relacionadas específicamente con el texto; no deben incluirse textos consultados como apoyo teórico-práctico general de los autores.
- d) Deben evitarse las citas bibliográficas como notas al pie. Conviene reservar las notas al pie para agregar datos ilustrativos, que no integran el núcleo central del relato.

Las referencias bibliográficas al final del texto, deberán tener las siguientes pautas:

- a) Apellido del/de los autor/es y la inicial de su 1er nombre, seguidos de 2 puntos;
- b) Si es un artículo, el título completo en letra normal, seguido por el nombre de la publicación o revista en letra cursiva; agregar los datos de ubicación (volumen, número, ciudad -si corresponde- y páginas.
- c) Si el artículo citado es parte de una compilación de múltiples autores, debe mencionarse el artículo y el autor específicos, seguido por los datos del libro donde está incorporado.
- d) Ejemplos de los puntos a, b y c:
  - Bosch S., Vázquez E.: Atención Médica Gerenciada, su definición, historia y situación actual. Medicina y Sociedad, Vol. 21, Nº 3, Buenos Aires, 1998: 136-146.
  - Newhouse J.: Reimbursing Health Plans and Health

Providers; Efficiency in Production versus Selection. Journal of Economic Literature, Vol. XXXIV, 1996: 1236-1263.

- Foucault M.: El nacimiento de la clínica. Ed. Siglo XXI, 11ª edición, México, 1986.

- White J.: Políticas de salud en los Estados Unidos y Canadá. En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. I: 50-102.

e) Las citas de revistas internacionales, aunque sean colecciones muy conocidas, deben estar aclaradas la primera vez. En lo posible deben evitarse citas de documentos mimeografiados, que no estarán disponibles para el lector. En caso de hacerlo, el autor debe estar dispuesto a enviar una copia en caso que sea solicitado.

f) Todas las siglas empleadas en el texto deben estar aclaradas la primera vez que se las cita. No debe darse por supuesta ninguna sigla, por más que sea muy conocida, como ACV o IAM.

### Ilustraciones

Cuando se incluyen gráficos, dibujos o fotografías, deben ir acompañados de un texto al pie, que permita explicar por sí solo su contenido. Si la ilustración contiene siglas, deben ser aclaradas al pie. Deberán presentarse en formato \*.jpg con buen nivel de resolución. En todos los casos debe aclararse la fuente de la ilustración; si es propia, debe aclararse elaboración propia. Los gráficos deben estar numerados y titulados, explicando su contenido; p.ej.: Gráfico Nº 5: Nivel de la glucemia en la población de consultantes adultos del Centro de Salud, año 2009. Asimismo debe indicarse en el texto el momento de la referencia al gráfico. Los gráficos deben explicarse por sí solos, sin que sea necesario recurrir al texto. En gráficos de coordenadas cartesianas, deben estar claramente indicadas las unidades de ordenadas y abscisas.

### Cuadros estadísticos

Los cuadros estadísticos también deben estar numerados, en una secuencia diferente a la de las ilustraciones.

Asimismo, al igual que los gráficos, el título debe ser suficientemente aclaratorio de la representatividad de los datos; p.ej.: Cuadro Nº 8: Evolución de la distribución de la población en la Provincia de Corrientes entre 1990 y 2010. Del mismo modo, si el cuadro contiene siglas, deben ser aclaradas al pie; también deben aclararse las unidades cuando sea necesario, o si se trata de cantidades absolutas o porcentuales. En todos los casos debe aclararse la fuente de los datos. 

## LÍDERES EN SOLUCIONES GLOBALES DE SEGURIDAD



PROSEGUR es la compañía líder en Servicios Globales de Seguridad a nivel mundial. En continuo proceso de innovación, ofrece a sus clientes una amplia gama de soluciones para que disfruten de la tranquilidad de contar con la más avanzada tecnología y el respaldo de nuestros especialistas en seguridad.

  
**PROSEGUR**

VIGILANCIA  
ACTIVA

GESTIÓN INTEGRAL  
DE ATM'S

LOGÍSTICA DE VALORES  
Y GESTIÓN DE EFECTIVO

SISTEMAS DE PROTECCIÓN  
CONTRA INCENDIOS

ALARMAS  
CORPORATIVAS

SISTEMAS ELECTRÓNICOS  
DE SEGURIDAD

ALARMAS  
DOMICILIARIAS

[www.prosegur.com.ar](http://www.prosegur.com.ar)

## Trayectoria con calidad académica, futuro con excelencia profesional



FUNDACION H. A. BARCELO  
**FACULTAD DE MEDICINA**

### POSGRADOS

Especialización en Medicina Legal

Especialización en Nutrición

Doctorado en Ciencias de la Salud

Maestría en Gerontología Clínica

Maestría en Neuropsico-farmacología  
Clínica

Especialización en Administración  
de Servicios de Salud

Diplomatura en  
Calidad de Servicios de Salud

POSGRADOS  
A  
DISTANCIA

[WWW.BARCELO.EDU.AR](http://WWW.BARCELO.EDU.AR)

BUENOS AIRES

Av. Las Heras 2191 - Tel / Fax 4800 0200 - [informesba@barcelo.edu.ar](mailto:informesba@barcelo.edu.ar)

FUNDACION H. A. BARCELO - FACULTAD DE MEDICINA

L.G.U. Nº 900385



Podés ir al jardín de tu casa, agarrar la portátil y buscar trabajo.  
Pero vestite bien. Ponete la corbata y estate preparado.  
Las entrevistas llegan rápido.

**uni>ersia EMPLEO**  
<http://empleos.universia.com.ar/>

Comunidad Universitaria Laboral formada por más de 35 Universidades